



Антинаркотическая работа с подростками

Это фундаментальное руководство, написанное по материалам докторской диссертации А. В. Худякова. Здесь Вы найдете большой обзор современных литературных данных, социально-психологические характеристики подростков групп риска, обоснование системного подхода к профилактике наркозависимости у подростков, большую библиографическую подборку, самые современные статистические данные.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Актуальность исследования определяется расширением злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и усугублением социальных и медицинских последствий, а также необходимостью междисциплинарного взаимодействия врачей, психологов, педагогов, сотрудников социальной службы и правоохранительных органов.

Наркологическая ситуация в Ивановской области и состояние дел с профилактикой злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних представляет собой достаточно типичную картину для Центральной части России. В целом в профилактике превалирует медико-центрический подход, при котором основная часть работы ложится на плечи врачей-наркологов (с преобладанием информационного подхода). Профилактические мероприятия не входят в круг непосредственных обязанностей специалистов, имеющих отношение к физическому и психическому здоровью, гармоничному развитию несовершеннолетних (школьные врачи и психологи, социальные работники). Для проведения такой работы большинству из них не хватает опыта и знаний.

Достаточно противоречивы взгляды на задачи и методы профилактики, а также на распределение зоны ответственности специалистов. Их совместная работа ограничивается контактами в период критических ситуаций, создающих угрозу здоровью и/или общественному порядку. Отмена участкового принципа в подростковой наркологии повлекла за собой снижение активности диспансерного наблюдения. Подростки с донологическими формами злоупотребления психоактивными веществами практически выпали из-под наблюдения наркологов. Хотя диспансеризация этого контингента и не дает полной гарантии предотвращения перехода злоупотребления в зависимость, но отказ от нее существенно затрудняет организацию системы профилактики, в которой врач играет роль «дирижера», принимающего сквозное участие на всех ее этапах – первичной, вторичной и третичной. Работа правоохранительных органов ведется «вдогонку» за совершенными деликтами.

Известно, что злоупотребление психоактивными веществами представляет собой опасность на донологическом уровне, поэтому оно нашло свое отражение в МКБ-10 в разделе F 1х.1 «Злоупотребление психоактивными веществами с вредными последствиями». При этом под «вредными последствиями» имеются в виду как медицинские (последствия интоксикаций), так и социально-психологические (проблемы, связанные с нарушением адаптации в обществе).

Широко распространившийся в научной литературе в последнее десятилетие термин «аддиктивное поведение» также может быть отнесен к упомянутому разделу МКБ-10, хотя его не исчерпывает, одновременно полностью в него не укладываясь. Аддиктивное поведение, прежде всего, интересует исследователей как форма употребления психоактивных веществ, ведущая рано или поздно к

формированию зависимости, то есть оно рассматривается как состояние риска.

Многофакторность развития аддиктивного поведения и патогенеза наркологических заболеваний позволяет говорить о необходимости мультидисциплинарного подхода в изучении этой проблемы. Он должен включать в себя не только традиционные методы, такие как психопатологический, патопсихологический, но и социально-психологический, юридический и др.

На протяжении многих лет внимание исследователей было заострено на медицинских профилактических мероприятиях (вторичной профилактике), однако в последние годы первичная профилактика является одним из приоритетных направлений противодействия распространению психоактивных веществ среди молодежи.

Вместе с тем, до последнего времени отсутствуют работы, комплексно рассматривающие проблему профилактики в разных группах несовершеннолетних, как интактных в отношении психоактивных веществ, так и вовлеченных в разной степени в их употребление.

В работе впервые разработаны критерии диагностики аддиктивного поведения с учетом возрастных особенностей. Выявлены клинические, психологические и социальные факторы, определяющие неблагоприятное течение аддиктивного поведения и переход его в состояние зависимости.

Предложена система профилактики аддиктивного поведения и наркологических расстройств, включающая в себя многостороннее воздействие как на самого подростка, так и на его окружение. В частности, разработаны и внедрены: 1) новые подходы к организации психокоррекционной и психотерапевтической помощи несовершеннолетним при аддиктивном поведении; 2) новые формы и средства активной комплексной первичной профилактической помощи (система воспитания через учебный предмет, алгоритм профилактических лекций, методы психологической коррекции).

Апробированы и внедрены групповые методы в виде проблемно-ориентированных тренингов и «большой ролевой игры», а также интенсивной краткосрочной психотерапии, которые интегрировали в себя подходы гештальт-терапии, позитивной, клиент-центрированной и когнитивно-бихевиоральной терапии.

Предложены новые принципы междисциплинарного взаимодействия специалистов с использованием бригадного метода на разных этапах профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

Материалы диссертации доложены на Республиканском совещании-семинаре «Организация медицинской помощи подросткам» (Иваново, 1997), на IV конгрессе педиатров России (Москва, 1998), на II съезде Российского психологического общества (Ярославль, 1998), на научно-практической конференции «Современные проблемы наркологии» (Астрахань, 1999), на Международном симпозиуме «Социальная психология - XXI век» (Ярославль, 1999), на республиканских семинарах «Медико-социальные проблемы формирования здоровья подростков» (Иваново, 1999, 2000), на Всероссийской научно-практической

конференции «Укрепление здоровья в школе» (Казань, 2000), на Всероссийской научно-практической конференции «Молодежная политика Российской Федерации: проблемы и перспективы» (Москва, 2000), на конференциях «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний» (С.-Петербург, 2000), «Психотерапия в России: школы, научные исследования и практические достижения» (Москва, 2000), «Охрана психического здоровья детей в школе» (Казань, 2000), на Российском совещании главных наркологов (Оренбург, 2000), на 2-м Всемирном конгрессе по позитивной психотерапии (Висбаден, Германия, 2000), на Всероссийской конференции «Социальное здоровье детей и молодежи как национальная идея современной России» (Москва, 2001), на Гражданском Форуме (Москва, 2001), а также на региональных и областных совещаниях и семинарах.

Результаты исследования использованы в научно-методической обеспечении проекта по теме «Разработка научно-методических рекомендаций по основам тренинговых форм работы с родственниками несовершеннолетних и молодежи, злоупотребляющих ПАВ» (Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1999-2001 год), раздел VIII, п. 2.1.1. Они также применяются в работе органов образования и наркологической службы Ивановской, Ярославской, Костромской, Саратовской областей и г. Сочи. Получены два свидетельства на рационализаторские предложения.

Основные положения, выносимые на защиту

Дефиниция аддиктивного поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, включает в себя социальный, психологический, физиологический и клинический критерии аддиктивного поведения.

Выделяются две основные формы аддиктивного поведения: благоприятная (транзиторная), заканчивающаяся отказом от злоупотребления психоактивными веществами, и неблагоприятная (прогредиентная), ведущая к формированию зависимости.

Потребление ПАВ при транзиторном течении играет роль копинг-поведения, осознанно используется при решении конкретных проблем несовершеннолетнего. Ведущим критерием его определяющим является социальный критерий частоты употребления. Прогредиентное течение определяется совокупностью всех нарастающих по тяжести критериев. Основными факторами, определяющими прогредиентное течение являются прежде всего различные формы "патологической почвы", а именно, резидуальные церебрально-органические поражения, развитие аномально-личностных свойств, особенно неустойчивого типа у юношей и истерического у девушек, алекситимия, эгоцентрическая антиципационная несостоятельность, проявления дисгармоничного пубертатного криза, неблагополучие в семье, неправильное воспитание, наличие стрессовых ситуаций,

Системная помощь подросткам, злоупотребляющим ПАВ, должна учитывать течение аддиктивного поведения, а также наличие зависимости. Она включает в себя педагогические методы воспитательного характера, в том числе воспитание через предмет,

психокоррекционное и психотерапевтическое воздействие индивидуального и группового характера, оказание помощи семье и педагогическому коллективу.

Разработанная комплексная система профилактики (психолого-педагогическая, медицинская, социально-профилактическая) позволяет с минимальным привлечением дополнительных средств оказать саногенное влияние на личность несовершеннолетних, что способствует оптимальной профилактике аддиктивного поведения.

По материалам диссертации опубликовано 50 научных статей, список которых приводится в автореферате.

Список принятых сокращений АС - абстинентный синдром АП - аддиктивное поведение ЛОВ - летучие органические вещества ПАВ - психоактивные вещества ПВА - патологическое влечение к алкоголю ПХФЛ - патохарактерологическое формирование личности УНП - уровень невротизации и психопатизации (шкала)

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. История становления клинико-социальных наблюдений за формированием различных форм зависимости у детей и подростков

Последнее десятилетие рост потребления ПАВ затронул, прежде всего, молодое поколение. Вместе с тем, подобная ситуация является не новой и отмечалась еще сто лет назад. Так, брюссельский ученый Жан Демур (Jean Demoor) в 1909 году писал: «Мы знали малышей 6-7 лет, у которых была непреодолимая страсть к ликерам; они выпивали его в большом количестве без видимого для себя вреда. Такие дети почти всегда душевнобольные».

В «Докладах Владимирской губернской земской управы очередному губернскому земскому собранию 1911 года» отмечается, что, согласно статистике, главным потребителем водки является молодежь, особенно работающая вдали от семьи. «Причем привычка к вину вырабатывается сплошь и рядом еще в детском возрасте. Угощение детей вином составляет в деревне обычное явление ...» Выражал обеспокоенность широким распространением пьянства среди подростков и В.А.Черневский (1911).

Одно из первых глубоких научных исследований, проведенное А. Коровиным в 1909 г., показало, что из 22617 обследованных учащихся сельских школ в возрасте от 7 до 14 лет употребляли спиртные напитки 67,5% мальчиков и 46,2% девочек (Коровин А., 1929). В последующие годы ситуация не улучшилась: ссылаясь на обследование в Москве в 1926 г. (Богомолова, Айдарова, Попова - цит. по Коровину А., 1929) учащихся школ-семилеток, авторы констатируют увеличение доли пьянствующих школьников до 79,2% - 84,7%, у 23% обнаружено зарождающееся влечение к спиртному, а 14% «уже стали алкоголиками».

Начиная с тридцатых годов, тема детско-подростковой наркологии почти исчезла из научных исследований более чем на сорок лет. Так, в известной монографии И.В. Стрельчука (1972) ей уделено всего лишь 3 страницы.

1.2. Концепция аддиктивного поведения

Начиная с конца восьмидесятых годов, в отечественной литературе сформулировано понятие «аддиктивное поведение». Этот термин предложен W. Miller W. (1984) и M. Landry (1987), которые понимали под ним период злоупотребления различными веществами, включая алкоголь и никотин, изменяющими психическое состояние, до того как от них сформируется зависимость. В дальнейшем смысл этого термина уточнен С.А. Кулаковым (1989), а широкое распространение он получил благодаря работе А.Е. Личко и В.С. Битенского (1991). По определению Ц.П. Короленко и Т.А. Донских (1990), АП «... начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает противодействия аддикции». Близким по содержанию, но более узким по смыслу является термин «наркоманическое поведение» (Алексеев Б.Е., 1990).

Вместе с тем, в качестве синонимов АП до настоящего времени используются такие термины, как «наркотизм» (Битенский В.С.,

Херсонский В.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А., 1989; Теммиев Д.Ч., Лобжанидзе А.Б., 2000). В.Ю. Завьялов (1988) в качестве донозологических понятий предлагал такие термины, как «потребление алкоголя», т.е. использование его как напитка в процессе удовлетворения разных потребностей, «злоупотребление алкоголем» или неумеренное систематическое употребление алкогольных напитков, сопровождающееся асоциальным поведением и наносящее вред самому потребителю и обществу». В.Г. Запорожченко (1992) предложил термины «потребители» наркотиков (употребляющие их 4 раза в год и чаще) и «пробователи».

В дальнейшем понятие АП подверглось уточнению и расширению. Так, оно стало рассматриваться в качестве одной из форм саморазрушающего поведения (Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., 1991; Попов Ю.В., 1991). По мнению Ц.П. Короленко и Т.А. Донских (1990), Ц.П. Короленко (1991), АП - это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. В связи с этим "трудоголизм" также может быть отнесен к АП (Короленко Ц.П., 1993). Попытка соотнести АП с критериями МКБ-10 (Лисняк М.А., 1997) повлекла за собой включение в это понятие начальных признаков зависимости.

АП рассматривается большинством авторов как группа риска с точки зрения перехода в болезнь. Д.П.Билибин, В.Е.Дворников (1991), основываясь на изучении научной литературы, считают критерием злоупотребления алкоголем для взрослых прием не менее 80-100 г стопроцентного спирта в день два раза в неделю, поскольку употребление алкоголя с указанных пределов может приводить к стабильному поражению различных органов человека. Gmel G. et al. (2001) повышают этот порог для мужчин до 150 г в день.

В отношении подростков преимущественно применяются критерии частоты употребления. Так, в методических рекомендациях (Диагностика и медицинская профилактика ..., 1989) выделено четыре формы (степени) употребления алкоголя: 1- отсутствие проб, 2- единичные пробы, 3- эпизодическое употребление (1 раз в месяц в течение последнего года), 4- систематическое (1 раз в неделю и чаще). Е.А. Кошкина, В.М. Гуртовенко, И.Д. Паронян, А.З. Шамота (1998) обращают внимание на разночтения в понимании термина «злоупотребление алкоголем» для подростков. Сами авторы под систематическим употреблением понимают выпивку 1 раз в неделю и чаще (Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. и др., 1994). Аналогичной точки зрения придерживаются В.Л.Юлдашев и др. (1999). Они относят к признакам АП однократное употребление наркотиков и прием токсических веществ (ЛОВ и психотропных) 1-2 раза в месяц.

Ряд авторов (Дмитриева Е.Д., 1990, 1992; Скворцова Е.С., 1994; Резников С.Г., Дробышев В.В., 1989; Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А., 2000) снижают аддиктивный порог употребления алкоголя до 1-3 раз в месяц, что обусловлено формированием начальных

признаков алкоголизма при такой частоте выпивок (Клиника, диагностика и лечение ..., 1979). В то же время для Е.А. Дербиной (2000) критерием злоупотребления является регулярное употребление алкоголя до опьяняющих доз, а алкоголизации 2-3 раза в месяц рассматриваются как "эпизодические".

Согласно А.Е. Личко и В.С. Битенскому (1991), злоупотребление алкоголем у подростков включает знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 16 лет и более – менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в юношеском возрасте.

Н.Я. Копыт и П.И. Сидоров (1986) к группе риска относят подростков, эпизодически употребляющих алкоголь, которые задерживались милицией в состоянии опьянения и состояли на учете в ИДН. Другие авторы (Щедренко В.Г., Жуков Ю.Т., 1992) для определения группы риска использовали специальный Мичиганский тест, адаптированный В.В.Макаровым.

Возможно, что указанные разночтения связаны с нечеткостью в определении границ детского и подросткового возраста (Уткин А.В., 1999). Так, по мнению А.Ю. Антропова (2000), при периодизации алкоголизма ранний юношеский период следует считать с 13 до 17 (18) лет. М.В. Воткина (1991) к подросткам относит детей с 9 лет и старше. В то же время другие авторы (Буторина Н.Е., Дедков Е.Д., 1991; Буторина Н.Е. и др., 2000) отодвигают верхнюю границу подросткового периода до 20 лет. Наиболее радикальную позицию занимает Н.Ю.Максимова (2000), которая любую форму потребления алкоголя лицами, не достигшими 21-22 лет, оценивает как злоупотребление.

Отсутствие единых критериев АП существенно затрудняет сопоставление результатов исследований. Кроме того, частотно-количественные критерии, по нашему мнению, являются недостаточными для определения группы риска развития химической зависимости..

1.3. Распространенность злоупотребления ПАВ

Сведения о распространенности употребления алкоголя и других ПАВ представлены в большом числе научных работ. Одним из первых наиболее полных исследований, проведенных в послереволюционное время, является работа А.И. Исхаковой (1929), получившей 6598 анонимных анкет от учащихся 16 школ Казани. Оказалось, что знакомы со вкусом спиртного в возрасте 10-14 лет 44,4% учащихся, в возрасте 14-17 лет – 55,6%, при этом девочки «отставали» от мальчиков. Цитируемые в указанной работе исследования авторов из Москвы, Ленинграда, Баку и Иваново-Вознесенска указывают на еще большую вовлеченность подростков в употребление алкоголя (87,5%); при этом пьющие ежедневно составили до 9,3%. Такое расхождение, возможно, обусловлено не только региональными различиями, но и методикой сбора информации (анонимное анкетирование проводили учителя). На особую роль влияния анонимности и корректности обследования на полученные результаты указывают М.Г.Гулямов, Н.С. Сочивко (1988).

Представляет также сложность сопоставление данных о частоте злоупотребления алкоголем из-за нечеткости критериев злоупотребления (Кошкина Е.А. и др., 1990). Так, в приведенной выше

работе А.И. Исхаковой (1929) имеются, в частности, такие критерии: пьют в гостях – 0,5%, редко – 4,8%, «по поводу чего неизвестно» – 65,5.

В 30-е годы исследования, посвященные подростковому алкоголизму, были свернуты, и до 80-х годов крупных работ на эту тему в открытой печати не появлялось. К числу первых монографий, возобновивших эту тему, следует отнести работу Б.С. Братуся и П.И. Сидорова (1984), дающую подробный анализ распространенности потребления алкоголя среди молодежи в разных странах. С этого периода число исследований стало прогрессивно увеличиваться.

В.В. Макаров (1990, 1991) сообщает результаты массового (более 8000 анкет) обследования старшеклассников школ, ПТУ, студентов и молодых рабочих в 1977-1989 г.г. Автор отмечает расслоение подростков по степени вовлеченности в употребление алкоголя: рост крайних групп - злоупотребляющих и трезвенников, а также уменьшение пьющих эпизодически. В наибольшей степени эта особенность установлена в группе школьников старших классов Новосибирска: в 1977 г. не употребляли алкоголь 12%, в 1988 г. - 38,7%; высокий риск алкоголизма и его симптомы отмечены соответственно у 8,4% и 21,7%. В Оренбурге («Зона трезвости») в 1989 г. трезвенники составляли 23,3%, злоупотребляющие - 21,6%. Вовлеченность девушек в алкоголизацию в обоих городах была ниже, чем у юношей.

По данным М.К. Горшкова, Ф.Э. Шереги (1986), молодежь в возрасте до 20 лет не употребляет алкоголь совсем – 50,8%, пьют редко – 23,8%, пьют часто – 20,9%. Однако достоверность такого большого количества трезвенников вызывает сомнение.

Исследование Е.С. Скворцовой, проведенное в 1989 г. (опрос 2000 старшеклассников 8,9,10 классов промышленного района города), показало, что пробовали хотя бы раз спиртные напитки 68% мальчиков и 74% девочек. Доля употребляющих спиртное чаще одного раза в месяц составила в 8-9 классе около 5%, а в 10 классе 11%. Повторное массовое анкетирование в 1990-1992гг. 30 тысяч подростков в 11 регионах России (Скворцова Е.С., 1992, 1994) показало, что уровень алкоголизации среди мальчиков-выпускников составил 72-92%, среди девочек - 80-94%. В то же время число подростков-мальчиков, употребляющих алкоголь 2 раза в месяц и чаще (группа риска), составляет от 11,3% в Ижевске до 37,7% в Ставрополе, а в среднем – 25%. Среди девочек этот показатель – 17%. Устойчивую тенденцию к преобладанию алкоголизирующихся девочек авторы связывают с их маскулинизацией, в частности с тем, что многие из них занимаются «мужскими» видами спорта. С такими выводами согласны также Ю.С. Бородкин и Т.И. Грекова (1987). Вместе с тем, в изученной нами литературе нет прямых указаний на влияние занятий силовыми видами спорта на склонность к алкоголизации, тем более что аналогичная тенденция отмечается и в других регионах с иными культурными традициями - в приграничных районах России и Финляндии (Буркин М.М., 2000).

Вопреки вышеизложенному, Н.М. Глаздовский (1989) утверждает, что девочки приобщаются к алкоголю позднее, чем мальчики. Е.А. Кошкина и др. (1994) при обследовании учащихся старших классов и студентов сузов выявили, что употребляют спиртные напитки 80,75%

мальчиков и 71,6% девочек, при этом группа риска составила соответственно 33,3% и 12,4%. Б.М. Гузиков и А.А. Мейроян (1988) на основании анализа более 30 работ отечественных и зарубежных авторов делают вывод о том, что в детско-подростковом возрасте алкоголизация более характерна для мужчин, чем для женщин. В 1999 году еженедельные выпивки были характерны для 34% подростков в возрасте 15-16 лет (Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000). Близкие данные получены и другими авторами (Муст Р., Граф. Л., Мехилане Л., 1989; Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г., 1999): около 40% юношей и более 10% девушек употребляли спиртное не реже одного раза в неделю. Еще шире представлена группа риска среди учащихся ПТУ: не менее 40% юношей и 30% девушек (Скворцова Е.С., Кутина Л.С., Ушакова Г.И., 1995). На большую вовлеченность в употребление алкоголя учащихся ПТУ и техникумов по сравнению со школьниками указывают Б.М.Левин, М.Б.Левин (1991). Отмечается широкий разрыв в числе наблюдаемых наркологами подростков между территориями (Кошкина Е.А. и др., 1998). Так, по данным А.Б. Лобжанидзе (2001), уровень злоупотребления алкоголем в г. Нальчике среди старшеклассников гораздо ниже указанных цифр: о еженедельных выпивках сообщили 3,5% опрошенных, тогда как отрицали употребление алкоголя только 1,2%. Рост алкоголизации в последние годы в значительной степени происходит за счет употребления пива (Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000)

Вовлеченность в употребление алкоголя студентов вузов заметно ниже, чем учащихся школ и сузов. Последнее подтверждается в работе Г.Б. Ткаченко (1998) о приобщенности студентов к употреблению алкоголя. В 1985-89 годах в Московском энергоинституте употребляли алкоголь 46,6% юношей и 42,2% девушек, а в Латвийском госуниверситете соответственно 66,7% и 27,6%. В Башкирии в 1993 г. употребляли алкоголь 68,6% студентов БГУ и 80,8% студентов БГПИ. Среди студентов-выпускников педвуза в Казахстане 36,6% не употребляли спиртные напитки, 62,5% пили в знаменательные дни и только 0,2% - систематически (Хафизов Р.Х., 1992). Видимо, старшие классы относятся к тому возрасту, когда формируются алкогольные предпочтения, поскольку опрос студентов-медиков показал, что среди второкурсников выпивают 1-3 раза в месяц 23%, еженедельно – 6%, среди пятикурсников соответственно 18% и 8% (Иванова Е.Б., 1993).

Исследования, проведенные за рубежом, показывают высокую степень вовлеченности подростков в употребление алкоголя - до 90% старшеклассников в США, по данным опроса 1990 г. (Демин А.К., Демина И.А., 2000). Группа риска в средней школе составляет 54% (Guo J., Collins L.M., Hill K., Hawkins J.D., 2000). Аналогичные данные получены и при опросе старшеклассников в Монреале (Гадириан А.-М., 2000.), при этом 20% опрошенных подростков признались, что пьют от 2 до 10 раз в неделю, в т.ч. 6,3% - более 10 раз. Выявлена достаточно высокая распространенность зависимости среди 18-летних подростков – от 4,8% (Proudfoot H., Teesson M., 2002) до 9,9% (Dawson D.A., 1999) к общему числу употребляющих алкоголь. Среди учащихся колледжа злоупотребление алкоголем с вредными последствиями диагностировано у 31%, а зависимость у 6% (Knight J.R. et al., 2002).

Впервые о проблеме детско-подростковой наркомании и токсикомании в отечественной научной литературе заговорили в начале восьмидесятых годов в связи с распространением употребления ЛОВ (Узлов Н.Д., 1984). С середины восьмидесятых годов, после снятия запрета на открытые публикации, их число как в научной, так и в массовой печати, стало прогрессивно умножаться. По времени оно совпало с первыми оценками антиалкогольной кампании 1985 года. Если ранние оценки введенных запретов были обнадеживающими (Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю., 1988), то последующие - более критическими (Макаров В.В., 1990; Запорожченко В.Г., 1992), хотя и не всегда объективными. Так, утверждалось, что антиалкогольная кампания лишила людей «... привычного способа «снимать стресс», и заставила их искать другой способ расслабиться» (Шаг за шагом от наркотиков, 1999). Однако эти утверждения не объясняют рост наркомании и токсикомании среди детей и подростков. Проведенные нами (Воробьев М.И., Худяков А.В., 1988; Худяков А.В. и др., 1989; Худяков А.В., Банных С.И., 1989) в тот период эпидемиологические исследования показали, что отмечавшееся снижение числа алкогольных психозов и госпитализаций в соматические стационары в связи с алкогольными интоксикациями происходило преимущественно за счет относительно сохранных в медицинском и социальном отношении лиц. В то же время увеличилось число госпитализаций, связанных с отравлениями неалкогольными токсическими веществами, за счет наиболее неблагополучного контингента, в частности, страдающих алкоголизмом. При этом существенной возрастной динамики отмечено не было. В.В. Иванов (1989) также отрицает прямую связь роста выявления наркомании и токсикомании с ограничением продажи алкоголя.

Проанализировав динамику употребления наркотиков 16-летними учащимися школ и ПТУ, В.Г. Запорожченко (1992) отмечает рост потребления наркотиков среди учащихся ПТУ с 1,4% в 1985 г. до 7%, а среди школьников - с 0,7% до 3,2%, что автор связывает с «массовой антинаркотической пропагандой», которая только подхлестывала интерес. Настораживает рост интереса к наркотикам: около 10% школьников и 17% учащихся ПТУ, не знакомых с ними, хотели бы их попробовать. Автор предрекал широкое распространение наркотиков в России. Т.В. Чернобровкина, М.В. Ибрагимова (1994) оценивали размеры наркотизации населения как достигшие критической черты и угрожающие генофонду.

В противовес этому мнению, Н.Н. Иванец (1995) считает, что «... в России колоссальных размеров эта проблема никогда не достигнет. Этот прогноз строится на том, что русский народ имеет другие стойкие, глубокие традиции, свои социально-психологические и биологические особенности». К аналогичным выводам пришли И.В.Макшанцева, Г.Я.Лукачер, В.А.Чудновский (1989), обследовавшие 380 подростков, состоявших на профилактическом учете в ОНД, и не выявившие ни у одного из них зависимости. Авторы объясняли это тем, что использовались «легкие» ПАВ, злоупотребление имело длительные перерывы, не представляло для них самостоятельного интереса и являлось звеном в цепи формирования и закрепления девиантного поведения.

Массовое обследование (Кошкина Е.А. и др., 1994; Кошкина Е.А., 1995) в 1991 г. показало, что 12% населения в возрасте до 16 лет однократно пробовали наркотики (с учетом токсических веществ этот показатель возрастает до 18,9%), а около 0,9% принимали их регулярно, т.е. реальное число лиц, страдающих в России наркоманией, достигает 1 млн. человек. Установлено преимущественное употребление конопли – 65%, 10,1% мальчиков вдыхали пары бензина, а 15,4% девочек – клей, ацетон и аэрозоли. Автор проводит параллель с изменением структуры потребления ПАВ в период антиалкогольной кампании и ссылается на мнение педагогов, что из-за дефицита денег подростки курят дешевые сигареты и вместо дорогого алкоголя употребляют ЛОВ.

Анонимный опрос учащихся 15-16 лет г. Москвы показал, что пробовали наркотики 24% опрошенных, в основном препараты конопли (22,4%). Ингалянты употребляли хотя бы раз в жизни 9% (Гуртовенко В.М., Кошкина Е.А., Константинова Н.Я., 2000; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000). Близкие данные получены при анкетировании молодежи С.-Петербурга (Скворцова Е.С., Кутина Л.С., 1995; Давыдова А.А. и др., 1997) и Уфы (Юлдашев В.Л. и др., 2000): до 1/4 учащихся старших классов и училищ имеют опыт употребления наркотиков и токсических веществ (преимущественно каннабис), в том числе 3% употребляли их регулярно (Типологические модели поведения подростков... , 1997). Соотношение мужчин и женщин составило 1,5:1. В этот период происходило постепенное «замещение» ненаркотических веществ на наркотики (Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., 1996). Достаточно распространенным употребление наркотиков оказалось даже среди курсантов Института права и экономики в Вологде (Толстиков В.А., 2001): 14% признались, что употребляли их до поступления в институт, при этом 2% регулярно. Почти половина опрошенных не отказалась бы их попробовать.

Вызывает удивление низкий уровень выявленного потребления наркотиков старшеклассниками (всего 5,2% - 5,5%) в регионах с традиционным их распространением – в г. Ашхабаде и Казахстане (Левин Б.М., Левин М.Б., 1991; Керими Н.Б., Непесова А.А., Мухамедов В.А., 1993), в то время как в России в большинстве регионов массовое анкетирование, проведенное в те же годы (Скворцова Е.С., 1992, 1994; Голубенко И.А., Дунаев А.Г., Кабатченко О.А., 1994), показало более высокий уровень вовлеченности подростков в употребление наркотических и токсических веществ: число «пробователей» составило от 9,3% до 25% среди мальчиков и от 1,3% до 14% среди девочек. Вовлеченность в употребление наркотиков имеет не только региональные различия, но и волнообразные колебания во времени (Скворцова Е.С. и др., 2000). Массовый опрос молодежи Санкт-Петербурга в возрасте до 20 лет (средний возраст – 16,5 лет) показал, что 36,6% хотя бы однократно употребляли наркотические вещества (Шабанов П.Д., 2002). Данные о распространенности употребления наркотиков зависят от опрашиваемого контингента: так, при опросе в школе в их употреблении признались 14%, а при опросе на улице – 46% (Койкова И.А., Колесников В.В., Кошкина Е.А., 2000).

В последние годы отмечается сдвиг в сторону распространения «тяжелых» наркотиков: среди детей и подростков,

госпитализированных в наркологическую больницу, страдали опийной наркоманией 63,9%, 8,3% злоупотребляли каннабиоидами, 12,3% употребляли токсические вещества, 16,4% – злоупотребляли алкоголем (Селедцов А.М. и др., 2000). В Краснодарском крае в 1985-1990 гг. в структуре употребления наркотиков отмечается рост потребления опийной группы (Колесников В.В., Койкова И.А., 1992), в дальнейшем наблюдался рост потребления героина (Подростки и наркотики, 1997; Коновалов И.Н. и др., 2001).

По различным оценкам на одного зарегистрированного больного наркоманией приходится от 7 (Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000) до 9-10 незарегистрированных потребителей (Демин А.К., Демина И.А., 1998).

Наиболее грозную картину распространенности потребления ПАВ рисует А.В. Ларионов (1997). По мнению автора, более половины молодых людей 12-25 лет, живущих в крупных городах, имеют опыт употребления наркотических препаратов, а около 10% этих людей употребляют наркотики регулярно. Анкетирование учебных заведений, якобы, показало, что “злоупотребление ПАВ достигает 100% у юношей и не менее 50% у девушек”. А.А. Северный (1997), ссылаясь на неуточненные экспертные оценки, говорит о распространенности зависимости от ПАВ в подростковой популяции на уровне 20% - 40%. Последнее вызывает сомнение, особенно в связи с тем, что не указывается регион, методика и число обследованных.

Сравнительные исследования, проведенные по одной программе в 1991-1994 годах, показали, что по вовлеченности в употребление алкоголя и наркотиков, российские подростки все еще “отстают” от американских сверстников (Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Гренчаная Т.Б., Чиापелла А.П., 1995). Известно, что в популяции потребление наркотиков имеет тенденцию к волнообразному изменению. В США за период 1975-1990 гг. прошло три «эпидемии» наркомании. В послании президента США Конгрессу от 2 августа 1977 г. отмечено, что более 45 млн. американцев пробовали марихуану, а 11 млн. являются ее потребителями (Билибин Д.П., Дворников В.Е., 1991). В последние годы в развитых странах потребление наркотиков молодежью стабилизировалось (Zickler P., 1999).

Наиболее распространенным наркотиком среди подростков является каннабис, что характерно как для Гамбии (Baldeh F.S., Binka J., 1988), так и для США (Dakof G.A. et al., 2001) и Канады, где его употребляли хотя бы 1 раз до половины учащихся старших классов г. Монреаля (Гадириан А.-М., 2000). В сравнении с другими странами, распространенность употребления наркотиков среди молодежи 14-20 лет в Испании расценивается I.Hidalgo et al.(2000) как “очень низкая”, при том что 20% опрошенных пробовали гашиш и около 5% – кокаин и героин. В Республике Македония опрос 16-летних подростков показал, что 10% из них употребляют наркотики и токсические вещества, в том числе 0,4% делали внутривенные инъекции героина более 40 раз (Oncova S., Donovan D, Grigorov I., 2001).

В восьмидесятые годы в США получило также распространение употребление ЛОВ (Oetting E.R. et al., 1988). L. Johnson и соавт. (1984 - цит. по Личко А.Е., Битенский В.С., 1991.), показали, что в 1973-1983

г.г. в штате Мериленд к окончанию школы 90% подростков испытали алкогольное опьянение, 57% употребляли марихуану, 27% - стимуляторы, 19% - ингалянты, 16% - кокаин, 15% - галлюциногены, 10% - опиаты (в т.ч. 1% - героин). По данным М. Choquet, S.Ledoux, Н. Menke (1988) распространенность употребления наркотиков гораздо меньше: к 18 годам их пробовали 26% юношей и 16% девушек, в том числе неоднократно - соответственно 10% и 8%. Близкие данные получены Ф.Хаворт (1989) в Замбии. В Чехословакии в период с 1971 г. по 1981 г. произошло почти двукратное увеличение числа госпитализаций в связи с употреблением наркотиков, преимущественно за счет молодых контингентов (Гебхард Я., Венцовский Е., 1986). Массовое обследование учащихся (в возрасте 10 - 19 лет) Южной Бразилии в 1998 году (Tavares B.F., Beria J.U., Silva-de-Lima M., 2001) показало, что 41% из них употребляли токсические или наркотические вещества, в том числе курили марихуану - 13,9%, вдыхали ЛОВ - 11,6%.

Одной из причин глобального увеличения уровня наркотизации отечественные авторы видят в приобщении досуга российской молодежи к распространенным в мире модным культуральным течениям, включающим в качестве системного элемента потребление наркотиков. Другими факторами являются стрессогенность социальной, экономической и психологической ситуации в стране, влекущие за собой аномию и маргинализацию, а также ухудшение состояния здоровья учащихся. Так, у большинства учащихся (от 2/3 до 3/4) школ нового типа отмечается повышенная невротизация (Дмитриева Т.Б., Вострокнутов Н.В., Дудко Т.Н., Гериш А.А., Басов А.М., 2000). В такой ситуации ПАВ выступают социальными адаптогенами (Валентик Ю.В. и др., 1997). Ряд авторов объясняет это явление проблемой аномии, характерной в последние годы для нашего общества (Вальковская В.П., 1998; Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г., 1999), а также проявлением гедонистического мировоззрения молодежи (Курек Н.С., 1996). По мнению И.И. Дудина и Н.В. Радомской (2000), «определенные структуры, заинтересованные в этом, оказывают давление на различные круги власти, с целью не допустить принятия мер, противодействующих незаконному обороту наркотиков». Играть роль также миграционные процессы, ведущие к отрыву от традиционной культуры и родного языка, в частности (Epstein J.A., Botvin G.J., Diaz T., 2001).

1.4. Возраст первой пробы и обстоятельства приобщения к ПАВ

По данным А.И. Исхаковой (1929), возраст алкогольной инициации у обследованных учащихся был следующим: до 10 лет - 33,9%, 11-15 лет - 34%, 16 и старше - 4,0%, нет указаний - 28,8%. В половине случаев спиртное употреблялось в семье или с родственниками.

За последующие десятилетия ситуация изменилась: так, раннее приобщение (до 10-11 лет) отмечается значительно реже - в 6% - 9% случаев, тогда как пик приходится по-прежнему на 13-14 лет (Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А., 2000). Однако другие авторы указывают на возраст 10-14 лет, что относится как ко всей подростковой популяции (Волков А.В., Мельников В.Ф., Амелина С.В., 2002), так и к девушкам, страдающим алкоголизмом (Егоров А.Ю., 2002). Основную и все возрастающую роль в алкогольной инициации

играет семья (Скворцова Е.С., 1992; Рыбакова Л.Н., 1992; Наймушина Л.П., 1999). По данным Ю.Ф. Приленского и Н.Д. Иванюженко (1980), в возрасте 3-4 и 6-7 лет пробовали пиво соответственно 23% и 34% девочек, 32% и 43% мальчиков, вино – 13% и 26% девочек, 32 % и 43% мальчиков, водку – 7% и 13% девочек и 11% и 16% мальчиков. Частое употребление водки подростками Л.Н. Рыбакова (1992) объясняла «убогим ассортиментом праздничного стола».

Иная картина приобщения выявлена Б.М.Левиным и М.Б.Левиным (1991): как правило, спиртное было предложено сверстниками (среди школьников– 28,3%, учащихся ПТУ– 32,9%, техникума– 43,1%), сами решили попробовать в среднем около 1/3 опрошенных, предложили родители в среднем каждому десятому. Транскультуральное исследование, проведенное в г. Кызыле (Чухрова М.Г., Хунан-Оол А.С. и др., 1995), показало, что подростки- тувинцы, по сравнению с русскими, приобщаются к алкоголю позднее и реже под влиянием семьи. Наиболее интенсивное приобщение к алкоголю у итальянских подростков происходит в возрасте 14-16 лет, а к 17 годам достигает уровня взрослых (Moretti V. et al., 1988)

Учитывая эти данные, утверждения авторов (Ураков И.Г., Куликов В.В., 1977) о тенденции к омоложению алкоголизма справедливы и в отношении последних десятилетий.

По мнению Н.Б. Каратаевой и др. (1990), большой разброс данных по этому вопросу объясняется тем, что в некоторых контингентах опрашиваемые (например, учащиеся ПТУ) указывали не на первое употребление алкоголя, а первое значимое опьянение.

Приобщение к нарко-токсическим веществам по сравнению с алкоголем происходит, как правило, в более позднем возрасте (в 11-14 лет - к токсическим и в 15-16 лет - к наркотическим) и в компании сверстников (Иванова Т.В., 1991; Сирота Н.А., Ялтонский В.М. и др., 1998; Оруджев Н.Я., Жигунова О.А., 1999; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Иванец Н.Н. и Винникова М.А., 2000). При этом девочки втягиваются в употребление наркотиков чаще в компании мальчиков, чем подруг (Найденков В.О., 1992). По данным Б.М. Левина и М.Б. Левина (1991), начало употребления наркотиков происходило в 12 лет и раньше – у 5,6%, в 13-14 лет – у 15,2%, 15-16 лет – у 31,6%, 17-18 лет – у 20,3%. Первым наркотиком были анаша и гашиш у 97,1%, а к моменту опроса они были основным ПАВ у 39,3%. Первый раз наркотик предложили: друг, товарищ – 33,7%, одноклассники– 7,5%, случайный знакомый – 11,9%. Родственники были инициаторами очень редко. Многие из наркоманов сами соблазняли «новеньких», но признались в этом лишь 7,9% опрошенных, а 44,6% не ответили на вопрос. В дальнейшем источником наркотиков являются знакомые (27,1%), а 23,6% изготавливают их сами. По данным Г.М.Энтина, Н.Р.Динеевой и др. (1995), нарастание и утяжеление наркотизации происходит до 17-летнего возраста, а с 18 лет число потребителей снижается. Исследования, проведенные в 1997-1998 г. в С.-Петербурге (Шабанов П.Д., 2002), показали, что приобщение к наркотикам происходит в равной мере в возрасте 11-14 (41,2%) и 15-17 лет (51,0%), что свидетельствует о тех же тенденциях, что и с первыми пробами алкоголя.

Возраст приобщения к наркотикам зависит от региона: в Киргизии это 12-13 лет (72%), а самые ранние пробы гашиша отмечены в 7 лет (Абшаихова У.А., 1992). Близкие данные получены и американскими исследователями (Lynsky D.D., Heischouer B.S., Johnston P.M., Johnson K.A., Lujano L.M., Morgan R.D., 1999). Отмечается омоложение потребителей ПАВ, в частности средний возраст потребителей ЛОВ в Англии снизился в период 1982-1987 гг. с 15,9 до 13,3 лет (Billington A.C., 1989). В противовес этому Е. Энглесман (1992) утверждает, что, по данным обследования, в 1989 г. в возрастной группе 10-19 лет каннабис пробовали только 2,7%, а кокаин и героин – менее 0,5%; при этом 70% больных наркоманией не пользуются инъекциями.

С.В. Березин, К.С. Лисецкий, И.А. Мотынга (1997) полагают, что критический возраст для появления влечения к наркотикам – 10 лет. В это время на физическое развитие детей расходуется меньшая часть энергии, что позволяет реализовать растущую потребность в познании и осмыслении окружающего мира.

1.5. Мотивация приобщения к ПАВ Изучение мотивов – важнейшая предпосылка для разработки мер лечения и профилактики зависимостей, поэтому большинство работ не обходится без их изучения. А.Е. Личко, В.С. Битенский (1991) указывают на необходимость разграничения понятий: мотивации (как стимула к деятельности, определяемой потребностями) и мотивировки (субъективного объяснения своих поступков). Иногда с мотивацией смешивают объективно действующие факторы среды, на что указывают В.В. Бойко (1998), Л.П. Наймушина (1999) и др. Следует различать мотивацию инициальную и болезненную (основной является влечение). Отмечается экстрапунитивная направленность мотивировок, т.е. преувеличение влияния внешних причин.

Данные обстоятельства приобретают особое значение вследствие стремления подростков скрыть истинную мотивацию приема ПАВ (Битенский В.С., Херсонский В.Г., 1989). Наиболее частой мотивировкой наркотизации подростки указывают любопытство, хотя ведущим мотивом является эйфория (Пятницкая И.Н., 1990).

Т.А.Немчин, С.В.Цыцарев (1989) рассматривают употребление алкоголя как средство получения удовольствия, изменения эмоционального состояния, повышения самооценки и самоутверждения, компенсации, коммуникации, подражания, манипуляции. Н.М. Глаздовский (1989) видит основные мотивы пьянства подростков в механизмах подражания, стремления к самостоятельности, в реакции протеста на гиперопеку, в браваре.

В.В. Чирко (1989) выделяет следующие мотивы приема ПАВ у подростков: желание быть принятым в группу (конформность), реже – протестное поведение или гедонизм, еще реже – неосознанное любопытство. В качестве мотивировки чаще упоминалось любопытство. На эту наиболее частую мотивировку употребления наркотических и токсических веществ указывают Б.М. Левин, М.Б. Левин (1991) и Н.Я. Оруджев, О.А. Жигунова (1999), тогда как субмиссивные мотивы (под давлением окружения) выявлены в единичных процентах.

Мотивация употребления ПАВ рассматривается также с позиций психологической защиты, исходя из представлений психоанализа и

гештальт-теории (Ларионов А.В., 1997), или из позитивного подхода Н. Пезешкиана (Менделевич В.Д., 1999) с выделением пяти основных видов: атарактического, гедонистического, гиперактивации поведения, субмиссивного, псевдокультурного. Близкий подход просматривается в классификации у Д.Д. Исаева и др. (Типологические модели ..., 1997).

Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. (1997) в зависимости от мотивации вслед за западными исследователями выделяют две основных мотивации потребления наркотиков: экспериментирование и восполнение собственной дефицитарности.

Ряд авторов (Ласточкин В.А., Якушев А.Н., 1990; Дереча В.А., Карпец В.В., 2000) при классификации исходят из личностных потребностей (инстинктов), которые помогает удовлетворять употребление ПАВ. К ним относятся: инстинкт общности, подражания, ориентировочно-исследовательский, общения.

Мотив употребления ПАВ определяется типом личности и, в частности, акцентуацией (Дмитриева Е.Д., 1990; Личко А.Е., 1991; Бойко В.В. 1998), что противоречит мнению И.А.Агеевой (1990).

По данным Е.С.Скворцовой (1989), по мере учащения выпивок в числе мотивировок все чаще называется «просто так», противоположной точки зрения придерживаются Е.А.Кошкина и др. (1998). По мнению Г.Г.Заиграева (1992), недостаточная мотивированность выпивок больше свойственна подросткам с девиантным поведением. Обращает на себя внимание, что большая часть опрашиваемых подростков, употребляющих наркотические и токсические вещества (от 60% до 94%), не смогли или не захотели сообщить мотивы их употребления (Койкова И.А., Колесников В.В., Кошкина Е.А., 2000). Невозможность сформулировать мотив, по мнению М.Г.Егиняна (1990), свидетельствует об отсутствии «мотивационных установок».

В.Б.Альтшуллер (1994) считает, что мотивы потребления алкоголя при бытовом пьянстве неприменимы к больным алкоголизмом, т.к. у них есть лишь болезненное влечение. Обратной точки зрения придерживается В.Ю.Завьялов (1988), утверждающий, что у больных алкоголизмом психологические факторы, связанные с удовлетворением потребностей при помощи спиртного, сохраняются, они не исчерпываются «сдвигом мотива на цель». Более того, у них сохраняются способности решать свои проблемы и другими способами. Автором предложена широко известная классификация мотивов потребления алкоголя, учитывающая локус контроля и интроверсию-экстраверсию: экстраверсия определяет протестное поведение, интроверсия - уход, интернальность - активность, а экстернальность - пассивность. Выделены три триады мотивов. Социально-психологические: традиционная, субмиссивная, псевдокультурная. Личностные, персонально значимые факторы: гедонистическая, атарактическая, гиперактивация поведения. Собственно патологические мотивы: похмельные (физическое влечение), аддиктивные (психическое влечение), самоповреждение (назло кому-либо). Эта классификация может быть перенесена и на потребителей других ПАВ (Битенский В.С. и др., 1989).

По мнению И.Д.Муратовой и др. (Клиника, диагностика ..., 1979), а также Е.А.Кошкиной и др. (1998), наиболее неблагоприятна с точки зрения формирования алкоголизма гедонистическая мотивация. Стремление получить эйфорию являлось мотивом у 71% подростков-аддиктов (Полубояринов А.А., Фрагин В.М., 1988). Б.С.Братусь и П.И.Сидоров (1984) выделяют два типа мотивов алкоголизации девочек-подростков: адаптивный (для вхождения в референтную группу и удержания в ней) и неадаптивный (для ухода от конфликта, «с горя», для снятия напряжения и т.п.). По мнению Л.К.Шайдуковой (1991), наиболее частым мотивом потребления алкоголя девушками является самоутверждение. По мнению A.Boys, J.Marsden, J.Strang (2001), носит полимотивационный характер, при этом ведущими мотивами оказались детензивный, гедонистический, стимуляции и атарактический.

В ряде работ в качестве основных мотивов употребления ПАВ рассматриваются субмиссивный (особенно у девушек) и гедонистический (Глазов А.А. и др., 1989; Агеева И.А., 1990; Рыбакова Л.Н., 1992; Басинская Н.М. и др., 1992; Владимиров Б.С., 1993; Эльгаров А.А., Эльгарова Л.В., 1994). Однако в более поздней работе одного из авторов (Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г., 1999) ведущим мотивом алкоголизации девушек считается регуляция внутреннего состояния, а у мальчиков - конформизм. Субмиссивная мотивация преобладает на начальном этапе злоупотребления ПАВ (Глаздовский Н.М., 1989; Корсун А.М., Шведова В.М., 1989; Ю.Р.Вагин, 1990), при этом в последние годы она становится доминирующей (Туаева Р.Н., 1996; Давыдова А.А. и др., 1997; Пятницкая И.Н., 1999; Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А., 2000; Sattah M.V. et al., 2002). На ведущую роль мотивов, связанных с влиянием среды (до 3/4), указывают Е.А.Кошкина и др. (1990) и И.Н.Коновалов и др. (2001), на втором месте находится желание снять напряжение, расслабиться.

В.В.Гульдман, А.М.Корсун (1990) отмечали рост фактора поиска впечатлений как варианта гедонистического мотива, который в странах Запада в эти годы стал доминирующим, в отличие от прежней коммуникативной мотивации, что было характерно для «эпохи хиппи». По наблюдениям А.В.Надеждина (2002), «идеологизированное» потребление наркотических веществ подростками с целью «расширения сознания» и «получения трансцендентного метафизического опыта» связано с синдромом метафизической интоксикации в рамках различных заболеваний и патологических состояний.

Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров (1986) приводят 19 мотивов употребления алкоголя, которые, на наш взгляд, в большей степени являются мотивировками. При этом число мотивов меньше в группе риска по сравнению с «клинической группой»: 3,1 против 4,8. По данным Е.А.Кошкиной и др. (1994), группа риска отличается от остальных тем, что основными мотивами употребления алкоголя являются: повышение настроения и желание убить время. По сведениям Н.Г.Яковлевой (цит. по Заиграеву Г.Г., 1992), число мотивов среди эпизодически употребляющих алкоголь подростков меньше, чем среди употребляющих систематически (в среднем 1,3 против 1,8), при этом во второй группе по сравнению с первой чаще присутствовали такие мотивы, как желание избавиться от скуки и самоутверждение.

Аналогичную тенденцию относительно числа мотивов отмечают Н.М.Глаздовский (1989), А.М.Корсун, В.М.Шведова (1989).

1.6. Возраст первого опьянения и его эффект В изученной нами литературе не вполне четко подразделяются такие понятия, как первая проба ПАВ, первое опьянение и начало регулярного употребления. Известно, что первая проба, особенно когда речь идет об алкоголе, не всегда приводит к опьянению. Она может быть случайной, неосознанной и не сыграет существенной роли в последующем отношении индивидуума к потреблению ПАВ. Так, из работы Е.П.Соколовой (1995), определившей, что средний возраст начала употребления алкоголя молодыми женщинами, страдающими алкоголизмом, составляет 16,2 года, не ясно, идет ли речь о первом опьянении или о начале систематического употребления.

А.Е.Личко и В.С.Битенский (1991) отмечают, что первые осознанные опьянения падают на 14-15 лет у мальчиков и 16-17 лет у девочек. Многое зависит от контингента опрашиваемых, социальной среды.

Известно, что прогностически неблагоприятным признаком в отношении развития в дальнейшем зависимости является субъективная приятность первого употребления ПАВ (Матвеев В.Ф., 1987; Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M., 2000). Среди молодых женщин, страдающих алкоголизмом, эйфорию при первом употреблении испытали 82%. К тем же выводам пришел и В.Ю.Завьялов (1988), выявивший, что сохранение воспоминаний о первой выпивке находится в обратной зависимости от степени вовлеченности в употребление алкоголя: воспоминания сохранились у 90% подростков без алкогольных проблем, у 80% подростков, злоупотребляющих алкоголем, и у 62% больных алкоголизмом. Последние две группы чаще помнили первую передозировку или другой яркий случай (чаще всего с приятной эмоциональной окраской), тогда как воспоминания первой группы касались действительно первого случая.

Аналогичная картина отмечается и при употреблении наркотиков. Первое употребление вызвало приятные ощущения у 40% больных наркоманией, чего не было в группе эпизодически употребляющих: у 57% состояние не изменилось и у 40% отмечались неприятные ощущения (Иванова Т.В., 1991). По данным У.А.Абшаиховой (1992), эйфория при первой пробе отмечалась у 26% юношей, употребляющих гашиш с зависимостью и без нее.

Таким образом, до настоящего времени остается не ясным влияние на развитие зависимости раннего приобщения и мотивации употребления ПАВ.

1.7. Сочетание алкоголизации и употребления других ПАВ

К настоящему времени доказан общий патогенетический механизм формирования различных зависимостей, в первую очередь в отношении химических форм (Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А., 1988; Анохина И.П. и др., 1990; Многовекторный клинический анализ ..., 1992; Типологические модели ..., 1997). В отношении этих средств в литературе укоренился термин "психоактивные вещества" (ПАВ), хотя предлагается использовать и другие термины, например

«психомодифицирующие вещества» (Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А., 1988).

Большинство исследований указывают на склонность подростков к одновременному злоупотреблению алкоголем и другими ПАВ, в том числе к курению (Дмитриева Т.Н., 1990, 1997; Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., 1994; Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Choquet M., Ledoux S., Menke H., 1988; Richardson H., 1989; Klitzner M., Schwartz R.H., 1987), при этом отмечается, что к моменту приобщения к наркотикам у большинства уже имелись признаки бытового пьянства, а иногда и хронического алкоголизма (Адылов Д.У., 1988). С другой стороны, употребление ЛОВ часто ведет к последующему злоупотреблению алкоголем (Гузилов Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я., 1993; Кулаков С.А., 1989; Edeh, 1989), а также наркотиками (Hampl K., 1988). По мнению J.W.Welte, G.M.Barnes (1987), потребление алкоголя и наркотиков молодежью находится в прямой связи между собой, так же как и с потреблением снотворных и успокаивающих препаратов. Как правило, наблюдается следующая последовательность: алкоголь, марихуана, другие наркотики (Kandel D.B., 1988). При обследовании мальчиков 14-18 лет, лечившихся в стационаре, комбинированное применение токсических средств и алкоголя выявлено у 82% (Кулаков С.А., 1989). Обследование подростков мужского пола выявило значительную частоту сочетанного употребления гашиша с ЛОВ и транквилизаторами (Абшаихова У.А., 1992).

По наблюдению Б.М.Левина и М.Б.Левина (1991), исчезает антагонизм между “наркоманами” и “алкоголиками”, поскольку молодежь не пренебрегает любым способом получения “кайфа”. Только 22,8% “наркоманов” совсем не принимают алкоголь, остальные его употребляют, в том числе одновременно - 6,0%, иногда совмещают - 27,0%.

В.Г.Москвичев (1988) отмечает наличие перекрестной толерантности между средствами бытовой химии и алкоголем, что повышает риск развития алкоголизма, однако в другой работе тот же автор (Москвичев В.Г., Чернобровкина Т.В., 1991) утверждает, что развитие алкоголизма у подростков употребляющих ЛОВ маловероятно из-за токсической энцефалопатии, делающей их не переносящими алкоголь. На отсутствие “отчетливо выраженной зависимости” у подростков, употреблявших алкоголь и ЛОВ на протяжении от 6 месяцев до 2 лет, указывают J.Tomczak et al. (1989).

О.С.Радбиль, Ю.М.Комаров (1988) отмечают все возрастающее количество курильщиков среди молодежи, опережающей в этом отношении взрослых, при этом мотивации курильщиков те же, что и у потребителей других ПАВ. Наиболее значимыми мотивами являются любопытство, поиск приятных ощущений, нежелание стать “белой вороной”, ощутить чувство взрослости и влияние товарищей. По мере взросления увеличивается число мотивов приобщения к курению (Худик В.А., 1993). По результатам анонимного опроса учащихся г. Москвы в возрасте 15-16 лет 45% курят и 20% - регулярно (Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000; Кошкина Е.А., Вышинский К.В., 2000). Известно, что курение часто является предвестником

употребления других ПАВ (Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., 1994; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000; Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M., 2000). На высокую связь курения и приобщения подростков к наркотикам указывают S.Lai, H.Lai, J.B.Page., C.B.McCoy (2000), при этом она оказалась более выраженной, чем с употреблением алкоголя (Johnson P.B., Boles S.M., Kleber H.D.)

По данным Е.С.Скворцовой (1992, 1994), массовое анкетирование учащихся старших классов в 1990-1992 гг. выявило, что распространенность курения среди мальчиков колеблется от 25% до 48%, среди девочек – от 13% до 29%. Почти все курят ежедневно и в качестве причины курения ссылаются на привыкание. В то же время исследование А.А.Эльгарова и Л.В.Эльгаровой (1994) показало, что среди подростков регулярно курящие (1 сигарета в неделю и более) мальчики составляют 24,2%, а девочки – 2,7%. По данным R.Pearson, R.Ricardson (1978), среди 16-летних подростков обоего пола выкуривали 50 и более сигарет в неделю 9%, 30-49 сигарет – 8,3%, 10-29 сигарет – 9,5%, 1-9 сигарет – 8,9%.

1.8. Факторы, способствующие приобщению к ПАВ и формированию АП

1.8.1. Роль семьи в формировании АП

Со времен Плутарха и до наших дней неблагоприятная наследственность считается одним из существенных факторов развития зависимости как алкогольной (Исхакова А.И., 1929; Дмитриева Т.Н., Сучков В.А., 1993; Бойко В.В., 1998; Hill S.Y., Locke J., Lowers L., Connolly J., 1999), так и токсико-наркоманической (Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., 1989; Гадириан А.М., 2000; Clement C.E. et al., 1989; Nurco D.N., Blatchley R.J., Hanlon T.E., O'Grady K.E., 1999), особенно когда больны оба родителя (Гунько А.А., Киткина Т.А., 1993). По данным Е.Д.Дмитриевой (1992), у 60% подростков, злоупотребляющих алкоголем, родители страдали алкоголизмом. C.Zotti, R.A.Moiraghi (1988) установили прямую связь между количеством потребляемого алкоголя школьниками и питейными традициями в их семьях.

Доказано существование «гена алкоголизма» – DRD2 (рецептор D2 дофамина), при этом каждая дополнительная аллель A1 обуславливает еще более раннее начало алкоголизма (Гасан-заде Н.Ю., 1999).

Однако в отдельных исследованиях оспаривается связь алкоголизма родителей с вовлечением в пьянство детей (Parquet Ph.J. et al., 1987; Johnson S. et al., 1989). По данным R.J.Pandina, V.Johnston (1989), начало потребления ПАВ не зависит от семейной отягощенности, которая влияла, однако, на интенсивность потребления и асоциальное поведение.

По мнению А.Е.Личко и В.С.Битенского (1991), пьянство имеет психосоциальную основу, а превращение его в алкоголизм – генетическую. Вместе с тем, семейная отягощенность алкоголизмом имеет значение не только как генетический фактор, но и психологический (влияние примера). На ведущую роль пьянства в семье в приобщении подростков к ПАВ и последующее развитие зависимости указывают Ю.В.Валентик (1977), В.С.Битенский и др. (1989), В.А.Москаленко, А.А.Гунько (1993), В.Ф.Матвеев, В.Ф.Тараскин,

Е.Д.Дмитриева (1990) . Вопреки этому, С.Г.Резников и др. (1990) злоупотребление алкоголем в семье рассматривают в основном как психологический фактор, отведя основную роль пьянству отца и считая пьянство матери гораздо менее значимым. Исследования, проведенные М.Н.Boyle et al. (2001), показали, что на злоупотребление ПАВ подростками больше влияет факт злоупотребления братьями (ровесниками или если они старше на 2 года), чем родителями.

Т.Н.Дмитриева, В.А.Сучков (1993) обращают внимание на повторение пьющими подростками жизненного сценария родителей. Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров (1986) одной из причин распространения пьянства на Севере видят влияние авторитета пьющего главы семейства. Вместе с тем, имитация стиля пьянства отмечается только при «умеренно выраженном» злоупотреблении алкоголем, а в крайних группах (трезвенники и алкоголики) она отсутствует (Харбург и соавт. ,1982 - цит по В.Ю.Завьялову).

Семейное пьянство оказывает свое влияние не только как негативный пример, но и как фактор неблагоприятной психологической обстановки (Клиника, диагностика и лечение ..., 1979; Агеева И.А.,1990; Оруджев Н.Я., Жигунова Н.Я., 1999; Гадириан А.М., 2000; Юлдашев В.Л. и др., 2000).

Имеет значение сам по себе фактор неполной или конфликтной семьи (Борохов А.Д., Исаев Д.Д., 1989; Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., 1989; Милушева Г.А. и Найденова Н.Г., 1992; Абшаихова У.А., 1992; Дмитриева Е.Д., 1992; Zucker R.A., 1989; Groer M.W. et al., 1992), а также утраты родителей в допубертатном возрасте (Sydow K. et al., 2002) или проживания отдельно от них (Harford T.C., Wechsler H., Muthen B.O., 2002). По данным J.S.Brook, C.Nomura, P. Cohen (1989), нежеланные дети чаще вовлекаются в употребление ПАВ.

Лонгитудное исследование, проведенное J.S.Brook et al. (1989), показало, что ведущими факторами, влияющими на потребление подростками наркотиков, являются семья и сверстники; значение школы опосредуется через сверстников. В то же время С.D.Rose (1999) считает, что основную роль в приобщении к наркотикам играет не семья, а референтная группа.

Неблагополучная семья реализует свое влияние через воспитание и формирование личностных отклонений (Клиника, диагностика и лечение ..., 1979; Владимиров Б.С., 1993). Этот механизм в большей мере характерен для девочек, тогда как для мальчиков ведущую роль играют резидуальные нервно-психические расстройства (Митюхляев А.В., 1990).

Я.П.Гирич (1998) считает, что наиболее неблагоприятный наркологический прогноз имеют дети из семей, где один из родителей старше другого более чем на 5 лет, имеется явное несоответствие образования и возраст моложе 20 лет, в связи с чем в таких случаях он рекомендует затруднить им вступление в брак, не замечая, что такие рекомендации противоречат законодательству.

1.8.2. Характер воспитания

Нарушение характера воспитания в семьях подростков, злоупотребляющих ПАВ, отмечают практически все исследователи. К

числу особенностей семейного воспитания подростков с аддиктивным поведением С.А.Кулаков (1994) относит: жесткий контроль, недоверие к подростку, противоречивое отношение к его самостоятельности, требование уважать родителей и отказ в уважении к нему. Ю.В.Попов (1988) наиболее неблагоприятным считает неустойчивый тип воспитания.

По мнению Г.А.Милушевой и Н.Г.Найденовой (1992), повышенный риск развития зависимости отмечается в асоциальных семьях, при воспитании по типу гипоопеки и эмоционального отвержения. В то же время среди подростков с доклиническими формами употребления алкоголя и токсических веществ наиболее часто встречалось воспитание по типу гиперопеки. По степени тяжести и психотравмирующему влиянию на подростка расположение значимости факторов выглядит следующим образом: эмоциональная депривация; потеря родителей или одного из них в результате гибели; жестокие отношения в семье; отсутствие эмоциональной теплоты и заинтересованности в ребенке; психологический дискомфорт. N.O.Lewis (1997) рассматривает отсутствие взаимопонимания с родителями как фактор, способствующий приобщению к алкоголю.

Коэн (J.Cohen, 1992) особо подчеркивает авторитарность отношений в семьях, в которых воспитываются подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами. Причем данный стиль взаимоотношений чаще встречался в пьянствующих и абстинентных семьях.

На роль жестокости в формировании последующей аддикции указывают В.С.Битенский и др. (1989), Л.И.Булотаите (1989), У.А.Абшаихова (1992), Э.У.Смит (1991), R.W.Blum (1987) и др. Однако исследования Н.С.Курека (1997) не выявили четкой зависимости родительской жестокости и потребления подростками ПАВ.

Формирование АП связывают как с гиперпротекцией (Битенский В.С. и др., 1989), так и с гипоопекой (Абшаихова У.А., 1992; Найденов О.В., 1992). И.В.Макшанцева, Г.Я.Лукачер, В.А.Чудновский (1989) видят связь такого воспитания с невысоким образованием и низким культурным уровнем родителей.

1.8.3. Другие факторы, способствующие приобщению к ПАВ
Существует традиционное мнение, что к употреблению ПАВ предрасполагает «проблема свободного времени» (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986). Однако А.Е.Личко и В.С.Битенский (1991) высказывали сомнение в значимости этого фактора. Б.М.Левин (1998) обращает внимание на неоднозначность роли социальных факторов, влияющих на потребление алкоголя, в частности, таких, как жилищные и материальные условия. Проблема досуга в большей степени связана не с отсутствием условий для его проведения, а с неспособностью его организовать. Низкую общественно-полезную занятость подростков, употребляющих ПАВ, отмечают Р.К.Янсупов и др. (1989).

В связи с вышеизложенным представляется достаточно спорным отнесение к факторам, способствующим переходу аддиктивного поведения в болезнь (Носачев Г.Н., Тютин Г.М., 1998), таких как: самостоятельный заработок; экономическое неблагополучие в обществе, школе, семье; изначально малая толерантность

(устойчивость) к наркотикам. J.L.Kunz, N.Giesbrecht (1999) не выявили влияния социально-экономического статуса на приобщение к алкоголю.

Повышает риск приобщения к алкоголю также миграция, связанная с нахождением в иной культурной среде (Cherpitel C.J., 2001), а также наличие пьющих друзей (Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M., 2000).

Роль средств массовой информации в формировании жизненных стереотипов несомненна, однако она не так прямолинейна и непосредственна, как это кажется на первый взгляд. Осуждаемые некоторыми авторами (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986) эпизоды демонстрации алкогольных традиций в советских фильмах, сегодня на фоне массивной пропаганды спиртного в СМИ уже не воспринимаются столь остро.

Результаты исследований о влиянии рекламы на потребление алкоголя дали неоднозначные результаты. Однако доказано, что реклама более явно действует на молодежь, формируя ее взгляды постепенно (Ткаченко Г.Б., 1998).

Таким образом, мнения авторов о факторах, способствующих АП и формированию зависимости весьма противоречивы.

1.9. Аддиктивная личность

1.9.1. Основные характерологические особенности

По мнению А.Д.Борохова и Д.Д.Исаева (1989), характерологические особенности преобладают над средовыми факторами в генезе аддиктивного поведения у подростков. Исследование преморбиды подростков, злоупотребляющих ПАВ, показало, что среди них по сравнению с контрольной группой чаще встречались такие отклонения, как задержка психического развития, олигофрения, невротические реакции, энурез, расстройства поведения, ПХФЛ (Братусь Б.С., 1988; Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1988; Макаров В.В., 1988; Волкова Т.З., Лиленко М.Г. 1989; Кулаков С.А., 1989; Степанов А.Ф., Владимиров Б.С., 1991; Абшаихова У.А., Сирота Н.А., 1991; Н.Е.Кулагина и др., 2000), а также психопатии и эндогенные психические заболевания (Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П., 1988; Blume Sh.B., 1989). О.А.Малахова (1995) выявила у 45% подростков, злоупотребляющих наркотиками, ПХФЛ, невроты и органические заболевания головного мозга. По данным Е.А.Брюна (1996), эти отклонения встречаются у 80% подростков, госпитализированных в наркологические клиники. Н.Я.Оруджев, О.А.Жигунова (1999) выявили их у 92% детей и подростков с АП. На важную роль патохарактерологических уклонений в генезе злоупотребления ПАВ подростками указывают P.R Giancola, A.M.Parker (2001). В.Т.Кондрашенко (1988) у 42% подростков, страдающих алкоголизмом и направленных в стационар, выявил психопатию, у 16% - резидуально-органические поражения ЦНС с психопатизацией личности, у 12% - олигофрению. Близкие данные получены В.Г.Москвичевым (1990), а также И.Г.Калачевой, А.Г.Мазур (1997) при обследовании мальчиков, госпитализированных по поводу употребления ЛОВ. На высокую частоту органического поражения ЦНС у алкоголизирующихся подростков указывали А.Е.Личко, В.С.Битенский (1991), Е.Д.Дмитриева (1992).

Частую встречаемость психопатических черт в преморбиде (2/3) подростков мужского пола с алкоголизмом и преклиническими стадиями выявил А.Л.Игонин (1989), при этом по сравнению со взрослыми больными чаще диагностировался неустойчивый тип личности. На особую роль психопатий и психопатоподобных состояний возбудимого круга в генезе алкогольной зависимости у подростков указывает Н.Я.Оруджев (2001). Этот же тип, по данным В.М.Ялтонского и Н.А.Сирота (1991), выявлен в преморбиде большинства больных гашишной наркоманией (как и в целом среди потребителей ПАВ). Несколько реже были выявлены такие типы личности, как возбудимый и истероидный (Адылов Д.У., 1987; Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1992; Соколова Е.П., 1995). По данным А.Е.Личко и Л.Чебуркова (1989), потребители наркотических и токсических веществ чаще, по сравнению с контрольной группой, характеризуются акцентуациями характера – соответственно 93% и 60%, при этом отмечено относительное преобладание неустойчивого, шизоидного и эпилептоидного типов. Т.В.Иванова (1991) выявила наличие акцентуации у 93% юношей – гашишных наркоманов и у 73% потребителей без зависимости, при среднепопуляционном уровне акцентуаций – 63%. Однако наиболее распространенной формой в обеих группах оказались эпилептоидная и истероидная, а неустойчивая и конформная встречались реже, чем в популяции. Среди наркоманов достоверно чаще встречался лабильный и психастенический тип по сравнению с популяцией, а также эпилептоидный и неустойчивый по сравнению с потребителями.

Преобладание эпилептоидов среди больных зависимостями некоторые авторы (Ялтонский В.М., Абшаихова У.А., Сирота Н.А., 1991; Абшаихова У.А., 1992) объясняют высокой распространенностью среди них органических поражений головного мозга. Этот тип личности является наиболее неблагоприятным для течения наркомании (Иванова Т.В., 1991). Близкие данные получены и другими авторами (Резник В.А., 1989; Абшаихова У.А.; 1992, Милушева Г.А., Н.Г.Найденова Н.Г., 1992; Бадмаев С.А., 1997; Бойко В.В., 1998; Егоров А.Ю., Дашковский Г.А., 2002).

В противовес вышеизложенному, Н.В.Назарова, Р.К.Янусов и С.Н.Беленкова (1989) показывают, что наиболее подвержены ранней алкоголизации подростки гипертимного типа личности, наименее – истероидного, раннему употреблению наркотиков – лица истероидного типа, наименее – эпилептоидного. По данным Н.Д.Лакосиной, Д.А.Милушевой (1992), среди подростков, злоупотребляющих алкоголем и токсическими веществами (с зависимостью и без нее), преобладают у юношей гипертимный и неустойчивый типы личности, а у девушек – неустойчивый и истероидный. Согласно Л.П.Великановой (1999), ведущими типами акцентуаций при употреблении ПАВ являются гипертимная, эпилептоидная и истероидная, тогда как С.А.Кулаков (1988) у подростков, злоупотребляющих алкоголем, выявил преобладание гипертимной, и несколько реже – неустойчивой, конформной и лабильной акцентуации.

В противовес этому, по данным В.В.Чирко (1989), в преморбиде у подростков, страдающих токсикоманией, преобладает истеро-возбудимый, астенический с эмоциональными колебаниями и

шизоидный типы личности. Выявляется значительная общность характеристик личности подростков с разными формами аддиктивного поведения (Толстых Н.Н., Кулаков С.А., 1989).

Существует точка зрения о бесполезности поисков специфичных признаков «алкогольной личности» (Диагностика и медицинская профилактика ..., 1989). В то же время А.В.Надеждин и др. (Социальные и психопатологические предпосылки ..., 1998), рассматривая роль психопатологии в приобщении к наркотикам и токсическим веществам у подростков, из всех специфических подростковых синдромов выделяют только гебоидный.

Такое разнообразие мнений относительно ведущего типа личности, в наибольшей степени подверженного злоупотреблению ПАВ, объясняется, видимо, рядом обстоятельств. В частности, существует точка зрения, что разные типы акцентуаций предрасполагают к употреблению разных ПАВ (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991), так истероидная чаще выявляется у потребителей стимуляторов и опиатов, эпилептоидная – среди употребляющих ингалянты и опиаты, гипертимные подростки чаще встречаются среди употребляющих галлюциногены, а неустойчивые равномерно распределяются среди всех групп. С другой стороны, А.В.Надеждин и др. (2000) отмечают в последние годы уменьшение в популяции больных наркоманией лиц с эксплозивными и истеро-эксплозивными чертами и увеличение доли неустойчивых. Это объясняется изменением социальных условий в обществе, когда употребление наркотиков становится уже не протестом, а следованием традициям микросреды.

Гораздо большее сходство мнений обнаруживается при оценке аддиктивной личности с позиций описательной психологии.

Обследование студентов, не употребляющих ПАВ, показало, что в целом они отличаются лучшим психическим и физическим состоянием, чем остальная популяция (Marston A.R. et al., 1988). Подростки-трезвенники, в отличие от своих пьющих сверстников, по своим характерологическим особенностям приближаются к взрослым, в частности, по доминированию рационального начала (Рыбакова Л.Н., 1992).

У подростков, злоупотребляющих ПАВ, преобладает внешний локус контроля (Кириллова О.Г., 1989; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1998) и неспецифические реакции детского возраста в виде реакции оппозиции, протеста, отказа, имитации, что свидетельствует об их инфантилизме (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1998), а также реакции защиты и проекции (Дмитриева Т.Н., 1997). Близкие выводы были сделаны ранее У.А.Абшаиховой (1992), Г.М.Энтиным и др. (Профилактика употребления ..., 1987). Инфантильность подростков-токсикоманов И.О.Калачева, А.Г.Мазур (1997) объясняют наличием у них органического поражения ЦНС и социально-педагогической запущенностью. Подростки с АП характеризуются несформированностью психологической защиты и психической напряженностью (Максимова Н.Ю., 2000). Основными копинг-стратегиями являются избегание и социальная поддержка (Цой Л.Ю. и др., 2000), в то же время они плохо воспринимают родительский контроль (DiClemente R.J. et al., 2001).

Здоровые подростки по сравнению с аддиктивными обладают более богатым воображением (Морозова М.В., 1991). Ю.М.Гуревич (1990) указывает на резкое снижение у подростков, страдающих зависимостью, потребностей, которые определяют в совокупности высокий уровень притязаний и мотивацию достижения, а также низкое значение показателей биологических потребностей: алиментарных, сексуальных и моторно-релаксационных. В результате на первый план выступает потребность в новых ощущениях. Социальные потребности определяются альтруизмом в отношении «наркоманического братства». Феномен «жажды острых ощущений» у аддиктивной личности отмечает также В.А.Петровский (1992). Недоверие к окружающим приводит к формированию параноидных установок у больных наркоманией, в частности милиционер рассматривается как враг (Ларионов А.В., 1997).

С.А.Кулаков (1994) относит к личности подростков с аддиктивным поведением следующие черты, которые могут явиться «мишенями психопрофилактики»: незрелость, «аффективную логику», лабильность, легкость фрустрации, снижение самооценки, тревожность, блокирование потребности в защищенности, свободе, самоутверждении, потребность в одобрении, страх оценки, эгоцентризм, неуверенность, обвинение других, избегание проблем. Кроме того, у этих подростков блокирована потребность в безопасности и материнской любви, способность планировать долгосрочное будущее (Кулаков С.А., 1989; Толстых Н.Н., Кулаков С.А., 1989). Изменены и ценностные ориентации (Клиника, диагностика и лечение ..., 1979). Не употребляющие алкоголь подростки ценят выше здоровье и семью, а употребляющие - материальное положение (Кошкина Е.А., 1994). Изначально для подростков с АП характерно пассивное времяпрепровождение (Агеева И.А., 1990; Левин Б.М., Левин М.Б., 1991). Круг интересов у этих подростков сужен, среди них в 3 раза меньше тех, кто занимается спортом, техническим творчеством, посещает культурные мероприятия (Заиграев Г.Г., 1992). По мере углубления аддикции эти качества усиливаются (Кошкина Е.А. и др., 1998).

Экспериментально-психологические исследования потребителей ПАВ с зависимостью и без нее выявили ряд закономерностей. В частности, подтвердили высокую частоту акцентуаций характера, склонность к эмансипации от старших, делинквентному поведению и алкоголизации (Вдовиченко А.А., 1989), а также легкую провоцируемость алкогольных ассоциаций (Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П., 1988), снижение скорости мыслительных процессов и качественных показателей интеллектуально-мнестической деятельности, отсутствие адекватного временного сознания, неспособность к построению жизненной перспективы, преувеличение своих прав и нивелирование обязанностей (Слоневская С.Ю., Стрельцова Ж.Н., 2000), инверсию у обоих полов по шкале мужественности - женственности (ММРІ), низкие показатели по шкале социальной интраверсии (Битенский В.С. и др., 1989), высокий показатель неустойчивости и низкий - сенситивности (Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я., 1993), склонность к жестокости (Петракова Т.И., 1999).

При проведении теста УНП уровень невротизации соответствовал зоне неопределенного диагноза (Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л.,

Николаев Ю.М., 1998). Исследование соотношения черт мужественности и женственности у алкоголизирующихся подростков методом ПДО (Воротилина Г.А., 1989) выявило сдвиг в сторону маскулинизации у всех пьющих подростков, особенно с алкоголизмом (огрубление личности). Подростки, страдающие зависимостью от ПАВ, характеризуются также диссоциацией подсознательных и сознательно декларируемых потребностей (Бесчасный А.А., Гизатуллин Р.Х., Никифоров С.Г., 1989). И.А.Агеева (1990) низкие показатели по шкале лжи у алкоголизирующихся девочек объясняет пренебрежением социальными нормами, а У.А.Абшаихова (1992) повышенную откровенность потребителей гашиша (аддиктов и наркоманов) объясняет призывом о помощи. Потребители ПАВ характеризуются явлением эмоционально-когнитивного диссонанса, проявляющегося негативным отношением к стереотипу "наркоман" и "токсикоман" с одновременным непониманием реальной угрозы "экспериментирования" (Гульдан В.В. и др., 1989).

Исследование школьной успеваемости (Игонин А.Л., 1989) показало, что у подростков, злоупотребляющих алкоголем, она ниже, чем в соответствующем возрасте у взрослых больных алкоголизмом, при этом самые низкие результаты показали подростки со сформировавшейся зависимостью, что свидетельствует в пользу вторичного снижения успеваемости.

У больных алкоголизмом с детства отмечается наличие серьезных эмоциональных проблем и неспособности справляться с трудностями (Завьялов В.Ю., 1988; Costa F.M., Jessor R., Turbin M.S., 1999). Выявлено характерологическое сходство взрослых, больных алкоголизмом, и подростков, злоупотребляющих алкоголем, но еще не имеющих зависимости (Нелидов А.Л., 1978, Мауер И., 1979).

Вместе с тем, С.Э.Татевосян (1988) считает, что роль психопатии в генезе алкоголизма преувеличена, на самом деле это психопатизация, связанная с развитием зависимости.

Проблема первичности и вторичности личностных расстройств при наркологических заболеваниях является одной из наиболее спорных и, несмотря на большое число работ, остается темой дискуссий до сих пор.

1.9.2.Самооценка

В исследованиях аддикции самооценке придается особое значение, как стержневому фактору личности. Отмечается, что у потребителей ПАВ она имеет противоречивый характер (Барцалкина В.В., 1988; Иванова Т.В., 1991).

У подростков, злоупотребляющих ПАВ, выявлена низкая самооценка (Агеева И.А., 1990; Кулаков С.А., 1989; Гуревич Ю.М., 1990; Giannopoulou I, 1988), следствием этого является низкое самоуважение (McGee R., Williams S, 2000). В то же время С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) к факторам риска наркомании относят завышенную самооценку.

Такие расхождения данных, видимо, связаны с разнородностью группы потребителей ПАВ и изменением самооценки в динамике по мере развития зависимости. Так, Т.В.Иванова (1991) отмечает

противоречивость самооценки у подростков, страдающих наркоманией: у одних – высокий уровень самоотрицания и высокая оценка отдельных качеств. Высокая самооценка обусловлена принадлежностью к наркоманической группе. У другой подгруппы – сочетание низкой самооценки и самопринятия и удовлетворенности собой. Т.Н.Дмитриева, В.А.Сучков (1993) у алкоголизирующихся подростков с патологическим формированием личности неустойчивого типа выявили нечеткость и аморфность «Я-реального» и отсутствие в самооценке «Я-идеального», при доминировании «Я-фантастического». В наибольшей степени оказалось не сформировано «Я – телесное» (Цой Л.Ю. и др., 2000).

Сравнительное исследование не выявило различий самооценки трех групп подростков: страдающих психопатией, употребляющих алкоголь и токсические вещества (Кржечковский А.Ю., 1990).

Подростки с наркотической зависимостью отличаются заниженной, неустойчивой самооценкой и имеют низкий уровень притязаний к своему идеальному «Я». На этапе аддиктивного поведения различие между идеальным и реальным «Я» у них отсутствует, но по мере формирования зависимости появляются «ножницы» между низким представлением о себе и неким абстрактным идеалом, который недостижим (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1991; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1998). Л.В.Бородзина, Е.А.Залученова (1993) установили, что индекс личностной тревожности находится в прямой зависимости от степени расхождения уровня самооценки и уровня притязаний. В связи с этим аддиктивная личность характеризуется повышенной тревожностью, которая смягчается алкоголем (Шайдукова Л.К., 1991).

Противоречивые мнения о самооценке подростков, употребляющих ПАВ, видимо, связаны с тем, что среди них присутствуют две культуральные группы: собственно наркоманическая и делинквентная. Первая характеризуется потребностью в самоутверждении, поиском своей идентичности, бунтом против общества, а вторая распадается на две подгруппы: акселераты с усилением влечений и эпилептоидностью в характере, ретарданты с эмоциональной лабильностью и беззаботностью (Лавкай И.Ю., Александров А.А., 1992). К подобным выводам приходит и Т.В.Иванова (1991).

Таким образом, несмотря на большое число работ, изучение роли личности в АП и развитии зависимости, остается весьма актуальным.

1.9.3. Система взаимоотношений

Система отношений является одним из важнейших факторов, влияющих как на приобщение подростков к ПАВ, так и оказывающих профилактическое действие. По данным С.А.Бадмаева (1997), подростки, употребляющие ПАВ, характеризуются нарушением системы отношений, имея в этом сходство с больными неврозами. Нарушение их коммуникативных функций обусловлены позицией «Я – хороший, вы – плохие» (Дмитриева Т.Н., 1998).

Наиболее интенсивное влияние на подростков, употребляющих наркотики, оказывают (в порядке убывания): друзья по наркоманической группе, остальные друзья, семья, класс, тогда как на

подростков, не вовлеченных в употребление ПАВ, – друзья и семья (Иванов А.В., 2000).

У больных наркоманией отмечается «увеличение дистанции непонимания с окружающими» (Яцков П.Л., 1998). В то же время – укорочение дистанции общения с наиболее значимыми представителями окружения по мере углубления зависимости (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1991) и нарастание конфликтности, что отражает неосознанный призыв о помощи. Конфликтными сферами у наркотизирующихся подростков являются следующие: сфера «Я» (чувство вины, страхи и опасения, нарушенная самооценка, усугубляющиеся по мере формирования наркомании), сфера отношений с отцом и мужчинами, далее сфера конфликтов с матерью, жизненными целями, семьей, прошлым и будущим (Ялтонский В.М., Абшаихова У.А., Сирота Н.А., 1992). В целом же подростки – потребители наркотиков оказались неспособны дифференцировать круг близких друзей (Сирота Н.А., 1987).

Вместе с тем, значительные нарушения у подростков с аддиктивным поведением выявлены в эмоциональном общении с родителями, выражающиеся в ригидных, авторитарных способах функционально-ролевого взаимодействия, обоюдного снижения потребности в общении (Курек Н.С., 1997). Большинство их было не удовлетворено взаимоотношениями с родителями (DeCato L.A. et al., 2001). Однако, несмотря на это, наиболее устойчивой из социально приемлемых остается все-таки связь с родителями, выступающая в качестве основного канала восстановления социально здоровых отношений (Калиниченко О.А., Лактионов А.Н., 1990).

Только у 11% подростков, злоупотребляющих алкоголем, отношения в семье нормальные (Резник В.А., 1989). По данным У.А.Абшаиховой (1992), у подростков-мальчиков, потребляющих гашиш, конфликтные отношения в семье отмечены у 48%, в коллективе – у 51%, с педагогами и администрацией – у 67%. Положительным отношением к учебе характеризовались только 27%.

Отдалением от окружающих можно объяснить низкую осведомленность (менее половины случаев) родителей и друзей о приеме наркотиков (Левин Б.М., Левин М.Б., 1991). Во взаимоотношениях с родителями старшие подростки, страдающие наркоманией, застревают на инфантильных формах реагирования в виде реакций эмансипации. Затруднен поиск референтной группы сверстников, способствующей становлению личности (Стрельцова Ж.Н. и др., 2000). Последнее особенно значимо, поскольку, как отмечает Вандл (цит. по Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1998), поддержка подростка друзьями смягчает негативное действие дистресса и способствует адаптации, а семейная поддержка аналогичного влияния не оказывает. По мнению подростков, помощь их сверстнику, имеющему зависимость, могут оказать (в порядке значимости): сверстники, родители и наркологи, “сам себе”, милиция (Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. 1999).

Сходные данные были получены при обследовании подростков из Монреаля, употребляющих ПАВ (Гадириан А.-М., 2000). Оказалось, что они наиболее часто обращаются за помощью к друзьям (68%), матери

(45%), отцу (25%) и гораздо реже – к учителю (1%), священнику (0,5%), социальному работнику (0,5%), не обращаются ни к кому – 19%

Нарушение взаимоотношений с учителями совпадает со снижением успеваемости по мере вовлечения в употребление ПАВ (Братусь Б.С., Сидоров П.И. 1984; Левин Б.М., Левин М.Б., 1991; Иванова Т.В., 1991), особенно у девочек (Коровин А., 1929).

Ранняя половая жизнь может рассматриваться с двух позиций: как форма взаимоотношений с окружающими и как девиантное поведение. Отмечается параллелизм двух явлений – наркотизации и ранней половой жизни (Коровин А., 1929; Ахмердова Ф.Г., 2000; Whitaker D.J. et al., 2000; Fetro J.V. et al, 2001) со склонностью к промискуитету (Guo J. Et fl., 2002), что повышает риск заболеваний, передающихся половым путем (St Lawrence J.S. et al., 2002). Часто раннюю половую жизнь связывают с процессами акселерации. Вместе с тем, еще в начале века Г.Роледер (1912), ссылаясь на различные источники литературы, указывал, что среди учащихся начало половой жизни относится в основном к 16 годам, а в высших классах школы имеют половые сношения с проститутками 20% учащихся.

Исследователи показывают различные цифры распространенности ранней половой жизни среди алкоголизирующихся подростков. Так, по данным А.В.Митюхлева (1990), она регистрируется у 81,6% девочек и 60,7% мальчиков. Согласно И.А.Агеевой (1990), в интимные отношения вступали 42% алкоголизирующихся девочек против 4% неалкоголизирующихся. Исследование Ф.Г.Ахмердовой (2000) показало, что в популяции доля таких подростков составляет 37,1% . Среди девочек, употребляющих наркотики, к 17 годам вступили в интимные отношения 29,1% против 19,2% в контрольной группе (Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., 1996). При этом отмечаются множественные половые контакты (Типологические модели ..., 1997) при отсутствии истинного полового чувства (Владимиров Б.С., Степанов А.Ф., 1994). Как и следовало ожидать, в интимные отношения эти подростки часто вступали в состоянии опьянения (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986; Слуцкий Б.М., 1989).

Аналогичная картина наблюдается и у подростков, страдающих наркоманией: ранняя половая жизнь в преморбиде отмечена у 28,3% (Архаров Д.А., Клименко Т.В., 1998). А.Г.Данилин, И.В.Данилина (2000) обращают внимание на то, что все девочки и до половины мальчиков, страдающих наркоманией, отзывались о сексе как о “не очень приятной необходимости”. В то же время некоторые из девушек, злоупотребляющие ПАВ, высказывали мнение, что опьянение дает более яркие сексуальные переживания (Исаев Д.Д. и др. 1997).

Результатом ранней половой жизни у потребителей наркотиков являются незапланированные беременности и венерические заболевания (Феоктистова С.С., Маклашова А.Г., 1999).

1.9.4. Отклоняющееся поведение

Уже само определение понятий в сфере изучения поведения человека представляет собой поле для дискуссий. Согласно И.С.Кону, девиантное поведение – это система поступков, не соответствующих общепринятым и подразумеваемым нормам, будь то нормы

психического здоровья, права, культуры или морали. Развивая эту точку зрения, В.Д.Менделевич (1999) определяет девиантное поведение человека как систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением. Автор подразделяет его на делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое и на базе гиперспособностей. Каждое из них формирует свою мотивацию (Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д., Галинский Л.И., 2001).

Делинквентность, по словарю Вебстера, понимается как психологическая тенденция к правонарушениям. Сюда относят незначительные преступления, а также лживость, драчливость, прогулы в школе, враждебность к родителям и учителям и др. Выделяются следующие типы делинквентности: конформный, неустойчивый, агрессивно-защитный, оппозиционный (Александров А.А., 1988).

Исходя из приведенных определений, уже само употребление ПАВ подростками может рассматриваться как форма девиантного поведения. Такой точки зрения придерживаются некоторые авторы (Милушева Г.А., Найденова Н.Г., 1992). Однако на практике, даже соглашаясь с таким определением, исследователи все же «разводят» эти понятия. Многие авторы отмечают повышенный риск отклоняющегося поведения у подростков, злоупотребляющих ПАВ. Еще А.Коровин (1929) указывал, что «дурное поведение» у пьющих мальчиков встречается в два раза чаще, чем у трезвенников (5,3% против 2,8%), тогда как у девочек эти различия отсутствуют (1,1%). Частота алкоголизма у подростков- делинквентов составляет 25,0% у юношей и 33,3% у девушек (Дербенев Д.П., 1997). Из числа подростков-потребителей токсических и наркотических веществ около половины характеризовались девиантным поведением (Резник В.А. 1989) и состояли на учете в ИДН (Иванова Т.В., 1991), имели судимости от 14,1% (Оруджев Н.Я., Жигунова О.А., 1999) до 47%, почти исключительно за корыстные преступления (Коновалов И.Н. и др., 2001). На высокую частоту различных дисциплинарных нарушений в преморбиде (в детском и подростковом возрасте) у больных наркоманией (73,5%) указывают Д.А.Архаров и Т.В.Клименко (1998). На частое сочетание наркомании и антисоциального поведения обращают внимание W.Feigelman et al. (1990). Наблюдается параллелизм вовлеченности в употребление алкоголя и токсических веществ и девиантного поведения: так, криминальное поведение наблюдалось у 27,3% подростков с аддиктивным поведением и у 38,2% страдающих начальными стадиями алкоголизма и токсикомании, высока частота аутоагрессивного поведения (более 20% в обеих группах) и сексуальных девиаций (соответственно 9,1% и 20,6%), не работали и не учились соответственно 13,6% и 32,4%, плохая школьная успеваемость была у 20,65 и у 22,3% (Лакосина Н.Д., Милушева Д.А., 1992). Рост молодежной преступности связывается с ростом потребителей наркотиков (Hunneken H., 1986).

Б.С.Владимиров (1993) обращает внимание на значительное психологическое сходство девочек-подростков, находящихся в спецПТУ, и тех, кто наблюдался наркологами.

Как правило, девиантное поведение предшествует началу употребления ПАВ, которое в дальнейшем его усиливает (Адылов Д.У., 1987; Найденова Н.Г., Москвичев В.Г., 1988; Дмитриева Е.Д., 1990; 1992; Матвеев В.Ф., Данилин А.Г., Дмитриева Е.Д., 1990; Дмитриева Т.Н., 1998; Подростки и наркотики, 1999). По мнению Т.С.Кошелевой (1996), криминальное поведение связано не с наркотизацией, а с личностью, поскольку оно сохраняется в 70% случаев после прекращения наркотизации. Подростки, употребляющие наркотики в 8 раз чаще (16%), чем их сверстники из популяции, прибегают к незаконной добыче денежных средств (Подростки и наркотики, 1999). Б.С.Владимиров, А.Ф.Степанов (1994) считают, что алкоголизация не является причиной девиантного поведения, а выступает атрибутом социально-средовых факторов. Вместе с тем, J.S.Brook et al. (1989) на основании лонгитудного исследования указывают, что после начала курения марихуаны отмечаются нарушения отношений с родителями и снижение школьной успеваемости.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения первичности и вторичности нарушенного поведения и взаимоотношений с окружающими при АП и химической зависимости.

1.10. Особенности течения наркологических заболеваний у несовершеннолетних

Клиника подросткового алкоголизма достаточно хорошо описана во многих работах (Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Кондрашенко В.Т., 1988; Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П., 1988 и др.). Основными особенностями его являются: размытость симптомов, быстрое развитие компульсивного влечения, отсутствие истинных запоев, быстрый рост и непродолжительная толерантность, ложное опохмеление, плохо выраженная стадийность, частое сочетание с токсикоманией и наркоманией. Идеаторный компонент влечения был выражен слабее, а аффективный компонент - более отчетливо, чем у взрослых (Игонин А.Л., 1992).

В отличие от взрослых, среди подростков, попавших в поле зрения наркологов, преобладают лица с доболезненными формами злоупотребления алкоголем. Так, А.Н.Кривенков, А.А.Ковалев (1992), обследовав в стационаре 304 подростка 15-18 лет, выявили у 193 бытовое пьянство, у 68 - I стадию алкоголизма, у 30 - промежуточную I-II стадию, у 13 - II стадию.

Клинике наркомании у подростков за последние два десятилетия также было посвящено немало работ (Ураков И.Г., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л., 1980; Захаров В.В., 1983; Дурандина А.И., 1987; Атабаева Н.Т., 1988; Волкова Т.З., Лиленко М.Г., 1989; Дурандина А.И., Токсомбаев Т.Н., 1988; Гулямов М.Г., Захаров В.В., 1988; Найденова Н.Г., Москвичев В.Г., 1988; Адылов Д.У., 1988; Узлов Н.Д., Побирченко И.В., 1988; Найденова Н.Г., Найденов О.Ф., 1988; Чудин А.С., 1989; Воткина М.В., 1991; Пятницкая И.Н., 1994; Злоупотребление кетаминотом ..., 1998; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000).

Изучение клиники наркоманий и токсикоманий в последние годы связано преимущественно с появлением новых видов ПАВ. Так появились новые наркотические вещества, изготавливаемые, в частности, из капсул препаратов “колдакт” или “эффект” и обладающие психостимулирующим действием (Тетенкова Е.Ю. и др., 2000). Если еще недавно героин был “экзотическим наркотиком” (Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., 1994), то теперь он достаточно распространен, что вызвало появление ряда работ (Буторина Н.Е. и др., 2000; Надеждин А.В. и др., 2000 и др.).

Биохимические исследования выявляют отклонения, которые часто являются единственными признаками развивающейся органопатологии у потребителей наркотиков (Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., 1994). При этом в последние годы (1995-1999) отмечается учащение соматических осложнений при наркотизации детей и подростков (от 27,0% до 73,5%), особенно высокий рост патологии мочевыводящей системы и поджелудочной железы (в 4 раза). Различные виды наркотизации определяют избирательную или предпочтительную органотропность, что играет вспомогательную роль в диагностике (Чернобровкина Т.В., 2000).

Много споров вызывает обсуждение патофизиологического влияния подросткового возраста на АП и клинику наркологических заболеваний.

Существуют две полярные точки зрения на роль пубертатного периода в прогнозе наркологических заболеваний. Одни авторы считают, что сам по себе подростковый возраст с присущими ему особенностями способствует приобщению к алкоголю и формированию зависимости (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986; Братусь Б. С., 1988; Завьялов В.Ю., 1988; Короленко Ц.П., Макаров В.В., 1982; Дмитриева Т.Н., 1990; Ковалев В.В., 1995; Соколова Е.П., 1995.). Так, А.Ю.Магалиф и др. (Диагностика и медицинская профилактика ...,1989) регистрируют появление ПАВ у подростков через 6 месяцев злоупотребления алкоголем, С.Г.Резников, В.В.Дробышев (1989) считают, что этот срок составляет от 13,9 до 17,1 месяцев, при этом, от начала употребления до злоупотребления проходит в среднем 1,3 года. П.И.Сидоров и А.В.Митюхляев (1988) регистрировали формирующуюся алкогольную зависимость у девочек-подростков на втором году от начала злоупотребления, у мальчиков этот срок был в два раза дольше. Девочки рано знакомятся с суррогатами (к концу второго года). Б.С.Владимиров (1993) отмечает, что динамика алкоголизма у девочек-подростков тесно связана с социальной дезадаптацией. Более злокачественное течение алкоголизма у девочек-подростков отмечается, когда алкоголизация происходит в группировках с иерархией ролей, менее злокачественное - при выпивках в малых группах, равных по социально-психологическим характеристикам (Шайдукова Л.К., 1991).

Другие (Ураков И.Г., Куликов В.В., 1977; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Буторина Н.Е., Дедков Е.Д., 1991) сомневаются в роли пубертата как фактора, определяющего неблагоприятное течение болезни. Высказывается даже сомнение в возможности развития алкоголизма у подростков (Алкоголь и здоровье населения России ...,1998).

Такие же полярные мнения высказываются и в отношении развития наркомании. Н.Г.Найденев, О.Ф.Найденова (1988), У.А.Абшаихова, Н.А.Сирота (1991) отмечают быстрый темп формирования гашишной наркомании у подростков (первая стадия - преимущественно в течение первого года) и тяжесть социальных последствий. Однако если начало его употребления совпало с пубертатным кризом, то происходит редукция употребления гашиша (Абшаихова У.А., 1992). Н.М.Басинская и др. (1992) сообщают о формировании абстинентного синдрома при гашишной наркомании в течение 5-6 месяцев. Аналогичная картина наблюдается и при ингаляционной токсикомании (Грушнин В.В., Рыбальский А.М., Чудин А.С., 1989). И.О.Калачева (1998) отмечает злокачественный характер течения токсикомании у подростков с быстрым формированием абстинентного синдрома и появлением олигофреноподобного синдрома через 6-8 месяцев.

В.Г.Москвичев и Т.В.Чернобровкина (1991) отмечают гораздо более медленное формирование зависимости: донозологический этап у подростков, принимающих наркотические вещества, превышает 1,5 года.

Таким образом, вопрос о роли подросткового возраста в течении наркологических заболеваний остается открытым.

1.11. Лечение и реабилитация несовершеннолетних, страдающих наркологическими заболеваниями

Организационные аспекты детско-подростковой наркологической помощи подробно описаны в работе О.В.Зыкова (1997). Медикаментозное и иное лечение рассматривается в ряде работ (Гулямов М.Г., Захаров В.В., 1988; Адылов Д.У., 1988; Дурандина А.И., Токсомбаев Т.Н., 1988; Чудин А.С., Епифанова Н.М., 1989; Соколова Е.П., 1995; Панченко Л.Ф. и др., 2000; Надеждин А.В. и Тетенкова Е.Ю., 2000; Злоупотребление кетамин... , 1998). А.Л.Игонин (1992) отмечает следующие особенности медикаментозного лечения подростков, страдающих алкоголизмом, по сравнению со взрослыми: укороченные курсы, редкость применения сенситизации, частое применение малых нейролептиков и ноотропов, но редкое - антидепрессантов, ограниченное использование транквилизаторов. Важнейшим элементом эффективного лечения зависимых подростков многие авторы считают воздействие на аффект тревоги (O'Leary T.A., Rohsenow. D.J., Martin R., Colby S.M., Eaton C.A., Monti P.M. 2000; Franken I.H.; Hendriks V.M; Haffmans P.M.; Van-der-Meer C.W.,2001). В комплексное лечение подростков, страдающих токсикоманией, рекомендуется включать музыкотерапию (Корнюш Л., 2000) , а в случаях резистентных к обычным методам, - условно-рефлекторную терапию (В.В.Дьяченко,1989).

По мнению В.Ю.Завьялова (1988), лечение больного алкоголизмом является длительным процессом и напоминает больше перевоспитание с лечебной целью, а не лечение в обычном смысле слова. В еще большей степени это относится к подросткам, больным наркоманией (Stiksrud A., 1988). Их лечение должно включать в себя выявление и решение более глубоких проблем, а не только связанных непосредственно с наркоманией (Ларионов А.В., 1997; Демарина Н.П. и др., 2000; Tarter R.E., 1990), с анонимным их обсуждением (Битенский

В.С. и др., 1989). Продолжительность курсового лечения от опиатной зависимости должна составлять не менее 6 месяцев (Aszalos R., McDuff D.R., Weintraub E., Montoya I., Schwartz R., 1999).

Ряд авторов отмечают низкую эффективность лечения подростков, страдающих зависимостями (Никифоров И.А., 1988; Зефилов С.Ю., 1994), особенно склонных к делинквентному поведению (Henggeler S.W., Pickrel S.G. Brondino M.J., 2000). Видимо, это и повлекло за собой значительное смягчение критериев эффективности лечения: так, хорошим считается результат лечения, если пациент воздерживался от героина 3 месяца и больше (Яковлева В.А., Кутушев О.Т., 1999) или даже 2 месяца (Бикчентаева А.Б., Гришко И.Н., Гилемханов М.С., 2000), в то время как традиционно для такой оценки требовался срок воздержания минимально 1 год.

Эффективность лечения во многом зависит от вида употребляемого ПАВ. Полное прекращение приема на длительный срок (до 30% обследованных) удавалось добиться при злоупотреблении седативными препаратами (Чирко В.В., 1989).

Применение медикаментозной терапии является основным в период купирования абстинентного синдрома. В дальнейшем на первый план выступают психотерапевтические методики (Кондрашенко В.Т., 1988). Однако до последнего десятилетия в научных работах отечественных авторов описывалась в основном только групповая и рациональная психотерапия (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).

Несмотря на всплеск различных направлений психотерапии в последние годы, основные принципы, предложенные В.М.Бехтеревым для лечения больных алкоголизмом, не устарели до настоящего времени, хотя и получили свое развитие и дополнение. Так, А.Л.Игонин, Е.Ю.Иконникова (1993) выделяют 4 этапа психотерапии подростков с зависимостями: 1) индивидуальная рациональная с учетом типа личности; 2) групповая психотерапия дискуссионного направления; 3) ситуационный тренинг; 4) аутогенная тренировка. Н.В.Негериш (1999) предлагает три этапа лечения: 1) познавательный раздел (лекции, семинары о био-психо-социальных корнях заболевания и путях его преодоления); 2) психотерапевтическое (психокоррекционное) воздействие в малых группах, обычно по 6-9 человек; 3) привлечение и адаптация пациентов к использованию помощи и поддержки, которые представляет сообщество «АА», в том числе с использованием идеологии «12 шагов». Последнее рекомендует также Kelly J.F., Myers M.G., Brown S.A. (2002). Chatlos J.C. (1989) отмечает, что для эффективности данной программы необходимо участие не реже одного раза в неделю. Включение методики «12 шагов» значительно повышает эффективность комплексной реабилитационной программы (Шестерников И.В., Москвин В.А., 2002). Г.М.Энтин и Е.Г.Энтина (2001) возражают против применения этой системы у подростков, страдающих наркоманией, поскольку в группе могут найтись люди, способные их соблазнить, и делают ставку на индивидуальную эмоционально-стрессовую психотерапию и строгий контроль родителей.

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о соотношении индивидуального и группового метода в психотерапии

подростков, злоупотребляющих ПАВ (Treating adolescents ..., 2002). Ряд работ посвящен проблеме групповой психотерапии зависимостей как одному из наиболее эффективных методов. Е.И.Зенченко (1983) предлагает формировать группы больных алкоголизмом для психотерапии в зависимости от изменений личности (синтонные, астенические, истеровозбудимые, стеничные), с чем не согласен С.А.Бадмаев (1997), настаивая на гетерогенном принципе.

Групповая работа с подростками имеет свои особенности. Так, С.А.Кулаков (1988) предлагает следующие правила групповой психотерапии подростков с нарко-токсикоманией. В группе должно быть не более 8 человек разного пола и возраста (но с разницей не более 2 лет). Занятия 3-5 раз в неделю, в амбулаторных условиях – реже, продолжительностью не более 1,5 часов. Наиболее эффективна закрытая группа, поскольку новые пациенты плохо усваивают групповые нормы. Более эффективна групповая психотерапия при неиерархических отношениях с персоналом больницы (Pressman L.A., 2001). Подростки легче соглашаются на краткосрочный вариант групповой психотерапии (Кулаков С.А., 2000). В групповом процессе можно наблюдать регресс в поведении на инфантильные стадии. Рекомендуется сосредоточить внимание на поведенческом тренинге с использованием ролевых игр. А.Ж.Рождественская, Т.Л.Смирнова (2002) при групповой работе с наркозависимыми рекомендуют использовать приемы психодрамы, арттерапии, гештальттерапии, транзактного анализа и релаксационные методики. На закрытой группе настаивают также А.Л.Игонин, Р.Н.Караев (1988).

Вопреки этому мнению, А.А.Александров (1988) считает, что психотерапевтическая группа делинквентных подростков должна быть открытой и формироваться с тщательным отбором участников поэтапно, последними вводятся имеющие агрессивно-защитный тип поведения. Группа рекомендуется гетерогенная, делинквентные подростки должны составлять меньшинство. Не должны включаться подростки с неустойчивой, органической и эпилептоидной психопатией. Общее число занятий, по мнению В.С.Битенского (1994), должно составлять от 14 до 30.

Ц.П.Короленко, В.Ю.Завьялов (1988) обращают внимание на роль игр и видеозаписей, а О.А.Овсянник (2001) – на применение НЛП (метамоделей и рефрейминга) в психотерапии зависимостей.

Установление контакта с подростками встречает значительные трудности (Селедцов А.М. и др., 2000), которые, по мнению А.И.Покоева (1998), связаны с анозогнозией и сильным влиянием семьи на позицию ребенка. Стержнем психотерапии у всех подростков должен быть личностно-реконструктивный подход. Известный педагог Я.Корчак (1989) предостерегал от смешения понятий «хороший» и «удобный» ребенок. Психотерапевта подстерегает опасность объединения против ребенка с теми, кто играет роль преследователя (Психотерапия детей и подростков, 2000).

Н.В.Князева, Н.П.Медведев (2000) обращают внимание, что больной наркоманией находится на доэдипальной стадии, в связи с чем ему необходимо помочь повзрослеть. Т.Н.Дмитриева (1998) рекомендует в процессе психотерапии зависимых подростков использовать методы

психологических защит (обучение сублимации) и свойственные им нарциссические тенденции.

Хотя большинство авторов акцентируют внимание на недирективном принципе групповой психотерапии, в рамках ее С.А.Бадмаев (1997) рекомендует проводить авторитарно-директивный сеанс эмоционально-стрессовой терапии (по аналогии с лечением заикающихся по В.М.Шкловскому и лечению взрослых, больных алкоголизмом, по А.Р.Довженко).

Обращается внимание на связь эффективности лечения несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, с формированием адаптивных копинг-стратегий и исчезновением неадаптивных (Franken I.H. et al., 2001).

Точкой приложения психотерапевтического воздействия должны быть семейные и социальные отношения (Эйдемиллер Э.Г. и др., 1989; Волина Т.С., 2000; Концептуальные основы..., 2000; Stanton M.D., Landau-Stanton J., 1989). В последние годы семейная психотерапия рассматривается как неотъемлемый элемент лечебно-профилактического воздействия (Booth R.E., Kwiatkowski C.F., 1999; Ozechovski T.J., Liddite H.A., 2000; Szapocznik J., Williams R.A., 2000; Revers S.M., 2001; Vakalahi H.F., 2001).

Рекомендуется системный вариант семейной психотерапии (Cottrell D., Boston P., 2002). Т.В.Смольникова, С.Ф.Шнель, Л.Л.Кульков (1998) для проработки проблем родителей и детей использовали техники гештальт-терапии, элементы психодрамы (сюжетно-ролевая игра), арттерапию, НЛП, транзактный анализ Берна, телесно ориентированную терапию. Наиболее целесообразна такая работа в виде тренингов родительской эффективности (Кулаков С.А., 2000; Городнова М.Ю., Ваисов С.Б., 2001), в том числе, с целью выработки адекватных копинг-стратегий. (Mc`Gillicuddy N.B. et al., 2001). Доказана эффективность специальных обучающих программ для родителей по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ у несовершеннолетних (Preparing for the drug ..., 2001).

Низкая выявляемость наркологических больных среди подростков заставляет рассмотреть вопрос создания альтернативной наркологической службы – информационно-консультативного кабинета, где кроме врачей, работают психологи, юрист и др. специалисты (Теркулов Р.И., 1990.).

В последние годы предприняты попытки творческого переосмысления опыта различных стран с целью создания концепции реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, адаптированной к современным российским условиям (Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др., 2002).

1.12. Профилактика

1.12.1. Факторы, препятствующие приобщению к ПАВ

Этому вопросу в литературе необоснованно уделено гораздо меньше внимания, чем факторам приобщения к ПАВ. Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров (1986) приводят данные И.Канторовича (1930), выявившего следующие мотивы воздержания от алкоголя: культурного порядка –53%, внешние

препятствия- 20,8%, вкусовые – 16,8%, мотивы здоровья – 8,8%, другие – 0,6%.

Р.Х.Хафизов (1992) считает ведущими мотивами отказа от алкоголя среди молодежи знание о вреде для здоровья и плохое самочувствие после выпивки.

В.В.Гульдан, М.В.Шведова (1991), обследовав юношей-правонарушителей, эпизодически употреблявших одурманивающие вещества, и контрольную группу, выявили между ними различия в мотивации отказа от употребления ПАВ. Юноши контрольной группы опасались привыкнуть, боялись разрушения организма и психического заболевания. В группе девиантных подростков по частоте выбора преобладало опасение не достичь в будущем своей цели, страх смерти, опасение привыкания, разрушения организма. Для них, по сравнению с контрольной группой, более значим такой мотив отказа, как боязнь юридической ответственности, хотя он и не является главным. Может способствовать отказу от употребления ПАВ повышение уровня образования (Donaldson S.I., Thomas C.W., Graham J.W., Au J.G., Hansen W.B., 2001) и социальной компетентности (Griffin K.W., Scheier L.M., Botvin G.J., Diaz T., 2000).

D.E.Taub, W.E.Skinner (1990) на основании анализа научной литературы приходят к выводу, что фактором, сдерживающим потребление наркотиков, могут стать религиозные мотивы, тогда как в России этот фактор не играет решающей роли (Подростки и наркотики, 1999).

С.В.Березин, К.С. Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) считают, что защищают от употребления психоактивных веществ такие личностные качества, как чувство юмора, внутренний самоконтроль, целеустремленность, стрессоустойчивость, положительные взаимоотношения хотя бы с одним взрослым помимо родителей, наличие привязанностей – способность жить по законам общества. А.М.Гадириан (2000) выделяет 9 факторов, относящихся к личности, которые играют роль в профилактике: самореализация, осознание цели жизни, осознание ценности и благородства человека, истинная независимость и свобода, смелость быть непохожим на других, служение человечеству, духовность, преодоление жизненных стрессов. Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров (1986) считают фактором противодействия приобщению к алкоголю альтруизм, который, по мнению Ф.А.Лазурского (1923 – цит. по Н.Я.Копыт, П.И.Сидоров, 1986), «...в наибольшей степени обеспечивает духовное здоровье ...»

В целом факторы, защищающие от употребления ПАВ, являются антиподами факторам риска. Однако и здесь имеются противоречия. Так, С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) к факторам защиты относят возможность самостоятельно зарабатывать на жизнь, а Г.Н.Носачев и Г.М.Тютинина (1998) утверждают, что этот фактор способствует «... переходу аддиктивного поведения в болезнь». С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.А.Мотынга (1997) к факторам защиты одновременно относят активность учащихся в жизни школы, класса и роль персонала школы в качестве заботливого попечителя. Педагогам рекомендуется предъявлять «высокие требования к ученикам», хотя, по

нашему мнению, логичнее было бы говорить об адекватных требованиях.

Наибольшую толерантность к предложению наркотиков проявили учащиеся школ: 41,6% из них были объектами предложения наркотических и токсических веществ и только 10,5% согласились попробовать их, тогда как среди учащихся техникумов соответственно 66,9% и 31,5%, а среди студентов 58,4% и 22,5% (Горанская С.В., Виноградова И.А., Иванова Л.Ю., 2000). Несмотря на значительное распространение аддиктивного поведения, большинство подростков (до 90%) оправдывают самые жесткие меры по борьбе с пьянством (Эльгаров А.А., Эльгарова Л.В., 1994).

1.12.2. Мероприятия по профилактике АП

Первые рекомендации по профилактике алкоголизма у молодежи в отечественной литературе относятся к концу XIX (Алексеев П.С., 1898) - началу XX века («Доклады Владимирской управы...», 1911), рекомендуемые перенять опыт Финляндии в виде уроков трезвости, при этом особо подчеркивается, что труд учителей и других земских работников по пропаганде трезвости должен вознаграждаться. Это предложение было повторено в советское время Ю.Лариным (1929) на первом пленуме Всесоюзного совета противоалкогольных обществ СССР. Однако серьезных научных разработок профилактического направления в наркологии, в отличие от других дисциплин, в отечественном здравоохранении до последних лет не проводилось, в то время как в странах Запада оно давно стало одним из наиболее актуальных тем исследований (Meyenberg R., 1988; Hawkins J.D. et al., 1992).

К числу первых содержательных программ по профилактике алкоголизма в советское время следует отнести работу И.Д.Страшун (1929), носящую в основном просветительский характер, при этом главными действующими лицами ее являются учитель и врач.

Профилактические мероприятия можно разделить на две большие группы: общегосударственные, представленные в основном системой запретов и ограничений рекламы ПАВ и их потребления, а также непосредственной работой с населением (Muster E., 1988; Cahalan D., 1989). Обобщая мировой опыт профилактики наркотизации, В.М.Ялтонский и Н.А.Сирота (1996) выделяют шесть основных подходов: информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий (обучение противостоянию давлению), формирование жизненных навыков, обучение альтернативной наркотикам деятельности, укрепление здоровья.

Как показывает многовековой опыт, запретительные мероприятия имеют неоднозначные результаты, несмотря на это соблазн их применения слишком велик. В частности, попытки ввести ограничения на продажу подросткам клея и других препаратов бытовой химии, предпринятые в Калифорнии, не дали должного результата (Liss B.I., 1989).

Традиционные представления о том, что первичная профилактика направлена на работу с группой риска (Красик Е.Д., 1974; Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А., 1988; Князев Ю.Н., 1988; Lie K.,

Helserad O., 1988; Walters S.T., Gruenewald D.A., Miller J.H., Bennett M.E., 2001) и представляет собой систему наказаний и запретов, а также санитарное просвещение (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991), претерпели за последние годы видоизменение. В настоящее время она рассматривается как воздействие на популяцию (Барцалкина В.В., 1988; Великанова Л.П., 1999).

В Швеции, США и других странах Запада в ее орбиту вовлекаются уже дети дошкольного возраста (Егоров В.Ф., Врублевский А.Г., Воронин К.Э., 1989; Романова О.Л., Петракова Т.И., 1992; Michell L., Amos A., 1997; LoSciuto L., Hilbert S.M., Fox M.M., Porcellini L., 1999; Hops H., Davis B., Lewin L.M., 1999). В последние годы такие предложения все чаще высказываются и в отечественной литературе (Романова О.Л., Швецова О.В., 1993; Куфтяк Е.В., Тихонова И.В., 2001; Кривулин Е.Н. и др., 2001). Профилактическое вмешательство следует осуществлять до приобщения подростка с ПАВ, особенно это касается юношей (Moon D.G. et al., 2000).

В течение многих лет первичная профилактика рассматривалась в основном с позиций информирования населения о состоянии проблемы, тяжести медицинских и социальных последствий наркологических заболеваний (Вуилстик К., 1981; Личко А.Е., Сушко В.В., Иванов Н.Я., 1989; Bagnall G., 1988; Sigelman C.K., Leach D.B. et al, 2000; Baum S., 2000). Такая точка зрения сохраняется до настоящего времени, несмотря на использование полипрофессионального подхода с привлечением разных специалистов (Петрушина И.И., Кирякина Е.С., 2002). Однако, как справедливо замечает Б.Спрангер (1994), передача информации не эквивалентна обучению, а именно информационный подход характерен для многих реализуемых программ, которые лишь формально меняют отношение (Harrington N.G., Brigham N.L., Clayton R.R., 1999), но не реальное поведение подростка (Weaver S.C., Tennant F.S., 1973; Stuart R.B., 1974). Вместе с тем, даже в монографических изданиях (Штерева Л.В., Неженцев В.М., 1976; Бородкин Ю.С., Грекова Т.И., 1987) первичной профилактике не уделялось до последнего времени достаточного внимания.

В.В.Макаров (1990) считает, что программа профилактики должна уйти от медикоцентрического подхода. Для эффективной реализации профилактических мероприятий предполагалось задействовать 19 различных служб и организаций, но реально удалось вовлечь только 7. Автором выделено 24 причины вовлечения подростков в наркотизацию, из них только 4 медицинских, остальные – социальные, культурные, биологические, педагогические.

По мнению Т.Б.Дмитриевой, Н.В.Вострокнутова, Т.Н.Дудко и др. (2000), профилактика и лечение наркологических заболеваний не может быть исключительной обязанностью государства и, в частности, органов здравоохранения. Она должна быть нацелена на контингент школьного возраста с приближением помощи к рабочим и учебным местам. Стратегией первичной профилактики является комплексность, дифференцированность, аксиологичность (ценностная ориентация), многоаспектность, легитимность.

Одной из проблем является отсутствие четкой концепции в вопросе отношения к употреблению алкоголя. Дискуссия между сторонниками

абсолютной трезвости (Панкратьева Л., 1986) и культурного употребления алкоголя (Блинов А.С., 1983), обострившаяся в середине восьмидесятых годов, не закончилась и в настоящее время. “Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде” (2000) подразумевает воздержание от употребления всех ПАВ, не дифференцируя отдельно их легальные разновидности. Вместе с тем, точки зрения на этот вопрос разделяются. Если одни (Ткаченко Г.Б., 1998; Дудин И.И., Радомская Н.В., 2000) считают необходимым ориентировать всю молодежь на абсолютную трезвость, то другие (Жиленко Л.А., Запорожченко В.Г., 1993; Демин А.К., Демина И.А., 2000) при формировании алкогольной политики рекомендуют призвать потребителей алкогольных напитков к «умеренности», объясняя это трудностями отстаивания позиции абсолютной трезвости, особенно с точки зрения вреда для здоровья малых доз алкоголя, поскольку в научной и массовой печати появляются сообщения о профилактической их роли в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. По мнению Л.Н.Рыбаковой (1992) «движение с ориентацией на абсолютную трезвость ... вряд ли может быть принято с учетом существующего многообразия личностей». Следует согласиться с А.А.Головым (1998), что “...реалистичная антиалкогольная политика в России должна исключать религиозный пафос борьбы со злом, борьбы на уничтожение”. Всеобщий призыв к абсолютной трезвости представляется невыполнимым, поскольку с позиций антропологической наркологии человека нельзя рассматривать вне психоактивных действий (Брюн Е.А., 1993). Различие подходов к целям и задачам первичной профилактики существует и в странах Запада (Романова О.Л., 1993). В частности, ставится задача отсрочить возраст приобщения к алкоголю, а в дальнейшем уменьшить его потребление (Guo J. et al., 2000).

Лобовая атака в антиалкогольном просвещении бесполезна (Левин Б.М., 1998). По данным опроса учащихся (Баушева И.Л., Кошкина Е.А., Паронян И.Д. 1998), они хотят получать сведения не о вреде психоактивных веществ, а о сохранении здоровья. Больше всего их интересует тематика, связанная с физкультурой, спортом, двигательной активностью. Они интересуются проблемами полового воспитания, рационального питания. На наш взгляд, в некоторых работах (Наймушина Л.П., 1999) переоценивается роль информирования в профилактике потребления ПАВ. Автор основывается, в частности, на том, что на вопрос анкеты: «Если бы Вы знали о вреде алкоголя и наркотиков, стали бы Вы их принимать?» большинство опрошенных студентов (96,7%) ответило отрицательно. Мы полагаем, что подобная формулировка вопроса недостаточно корректна уже хотя бы потому, что понятие «вред» может быть разным у обследователя и анкетированного. Так, например, мнение о вреде для здоровья чрезмерного употребления алкоголя по выходным дням разделяют всего лишь около половины российских и 1/3 финских подростков, а постоянное использование гашиша считают опасным около половины подростков в обеих странах (Буркин М.М., 2000). Аналогичная ситуация прослеживается и в отношении наркотиков: часть подростков готова их попробовать, несмотря на знание об их вреде (Weng L.-J., Newcomb M.D., 1989).

Мнение населения о целесообразности различных форм профилактики зависит от опрашиваемого контингента. При этом имеет значение как социальный статус, так и степень вовлеченности в употребление алкоголя (Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю., 1988). Учащиеся ПТУ отнесли к числу наиболее важных методов профилактики кинофильмы и телепередачи (более 50%), тогда как положительное отношение к лекциям и беседам снижалось по мере вовлечения подростков в алкоголизацию (с 32,4% до 16,0%). К аналогичному мнению пришли также А.Е.Личко, В.С.Битенский (1991). Существует и противоположное мнение школьников о наибольшей действенности врачебных лекций и занятий (Шлопак В.Г., 1999). Однако многие исследователи сомневаются в их эффективности (Подростки и наркотики, 1999; Дереча В.А., Карпец В.В., 2000; Коновалов И.Н. и др., 2001).

Имеется положительный опыт использования специальной настольной игры и видеокассет с целью ранней профилактики (Czuchry M., Sia T.L., Dansereau D.F., 1999). Более эффективным этот метод оказался среди младших подростков, по сравнению со старшими, и у девочек, по сравнению с мальчиками (Polansky J.M., 1999).

Для старших подростков предлагаются индивидуальные консультации (Werch C.E., Pappas D.M., Carlson J.M., DiClemente C.C., 1999), которые, однако, по мнению P.A.Wiegersma et al. (2000) не оправдали себя в плане предотвращения рискованного поведения подростков. Для тех же целей может использоваться Интернет (Авдеев С.Н., Надеждин А.В. и др., 1998; Надеждин А.В., Авдеев С.Н., 2001; Борисова Е.В. и др., 2000; Welch S., 1999), который в настоящее время демонстрирует примеры рекламы ПАВ (Wax P.M., 2002).

И.Д.Паронян и Е.А.Кошкина (1996) считают, что СМИ не выполняют главной своей задачи – путем информирования создать благоприятную среду для реализации других направлений антиаддиктивной деятельности. Пессимистическую оценку широкой «программы трезвости» (от бесед до посещения вытрезвителя) дает Г.Т.Красильникова (Факторы риска ..., 1987). Неэффективность различных программ профилактики Б.В.Воронков (2000) объясняет их безадресностью и ориентированностью на формирование страха перед наркотизацией. По мнению Б.С.Братуся и П.И.Сидорова (1984), необходим поиск новых идеалов, но это выходит за рамки медицинской профилактики. Любая программа должна начинаться с оптимизации «уклада» жизни подростка, прежде всего с оздоровления условий труда, отдыха и быта (Кошкина Е.А. и др., 1998). Профилактические программы следует рассматривать только как «приложение» к эффективной социальной политике (Петракова Т.И., 1995).

Хотя многие исследователи высказывают свои точки зрения относительно эффективности профилактических программ, все же этот вопрос исследован недостаточно (Петракова Т.И., 1995). Полученные результаты неоднозначны: мнение Л.А.Жиленко, В.Г.Запорожченко (1993) – пессимистическое, тогда как Е.А.Кошкина и др. (1992), проводившие профилактическую работу с учащимися ПТУ из группы риска, отмечают снижение роста вовлеченности в употребление ПАВ, по сравнению с контрольной группой, где такие мероприятия не

проводились. Аналогичные выводы сделаны и другими авторами (Preventing illicit drug use ..., 2000), эффективным оказалось даже краткосрочное вмешательство информационного направления (Outcomes of brief alcohol ..., 2001; Shakeshaft A.P. et al., 2002; Srebnik D.S., Kovalchick D., Elliott L., 2002). Г.Б.Ткаченко (1998) отмечает, что благодаря проведенному гигиеническому воспитанию употребление алкоголя среди студентов пединститута снизилось на 10,2%. Профилактическая работа (преимущественно информационного характера) среди студентов университета позволила снизить число злоупотребляющих ПАВ на 29,2% (Glider P. et al., 2001).

Причины недостаточной эффективности профилактики В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, Л.Д.Мирошниченко (2000), В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин (2000) видят в рассогласовании наиболее важных установок, в частности, за распределение ответственности за результат работы, между специалистами по работе с молодежью, с одной стороны, и родителями и подростками – с другой. Оценка эффективности профилактической программы должна учитывать не только воздержание от ПАВ, но и общее развитие ребенка (Whiteside-Mansell L., Crone C.C., Connors N.A., 1999). Авторы указывают на сложность сравнительной оценки эффективности разных программ (Suelves J., Romero R., Sanchez-Turet M., 2000) и слабость их теоретического обоснования (Wagner E.F., Brown S.A., Monti P.M., Myers M.G., Waldron H.B., 1999). Тем не менее, первичная профилактика продолжает рассматриваться как основной метод (Великанова Л.П., 1999).

Хотя образовательные программы остаются остаются в числе основных методов (Sussman S. et al., 2002), в последние годы все большее внимание исследователей обращается на позитивную первичную профилактику, выходящую за рамки информационного подхода. Расширяются и ее цели: она рассматривается сквозь призму формирования полноценно функционирующей личности (Глаздовский Н.М., 1989). Большое значение придается психологической работе с семьей (Loveland-Cherry C.J., Ross L.T., Kaufman S.R., 1999; Boyd G.M., 1999; Nye C.L., Zucker R.A., Fitzgerald H.E., 1999; Henry K.L., Smith E.A., Hopkins A.M., 2002), в частности, лечению родителей, больных алкоголизмом (O'Farrell T.J., Feehan M., 1999). Наиболее эффективно комплексное вмешательство в семье и школе (Spoth R.L., Redmond C., Trudeau L., Shin C., 2002). Отмечается смещение акцентов с поведенческого подхода, наиболее ярко проявившегося в программе «Как сказать «нет» (Горбунова М.Ю., 2001), к проблемам экзистенциальным: поиску смысла жизни (Васильева О.С., Андрущенко И.Е., 2001), а также работе с чувством вины и стыда (Васильева О.С., Короткова Е.В., 2001).

Кому конкретно в первую очередь следует поручить первичную профилактику? Если учесть, что информацию о здоровье школьники хотят получать, прежде всего, на школьных уроках (Баушева И.Л., Кошкина Е.А., Паронян И.Д., 1998), то главным действующим лицом должен быть педагог и психолог (Барцалкина В.В., 1988; Тихомиров С.М., 1990; Наймушина Л.П., 1999; Botvin G.J., 2000). По данным опроса (Скворцова Е.С., Ушакова Г.И., 1993), более половины учителей-предметников использовали учебный материал для антиалкогольного

просвещения, не имея, однако, для этого необходимых методических пособий. Только 4% школ смогли выполнить все рекомендации по профилактике злоупотребления ПАВ (Wenter D.L. et al., 2002). О.Л.Романова и Т.И.Петракова (1992), ссылаясь на международный опыт, отрицательно относятся к приглашению специалистов для проведения информационной работы в школе по проблеме наркомании, поскольку это “разжигает любопытство и ведет к усилению экспериментирования”. Запугивание последствиями злоупотребления у подростков (в отличие от взрослых) не действенно (Барцалкина В.В., 1988; Тихомиров С.М., 1990; Наймушина Л.П., 1999). Более того, оно может вызвать парадоксальный повышенный интерес к наркотику (Гульдман В.В. и др., 1990). Г.М.Энтин и др. (Профилактика употребления ..., 1987) предлагают программу воспитания, начиная с первого класса, в основном в виде рассказов и демонстрации вреда алкоголя для здоровья и социума. Дальнейшее развитие этого метода предложено Л.Н.Блиновой (2001) в виде участия психолога в уроках литературы, обществознания, биологии и химии.

В профилактике АП возрастает роль педиатров (American Academy of Pediatrics, 2001), врачей общей практики и юристов (Struzzo P., 1999).

Обращается внимание, что при укреплении физического здоровья посредством занятий спортом (Collingwood T.R. et al., 2000; International varifications, 2000), уменьшается потребление ПАВ.

Получает популярность идея подготовки волонтеров и субспециалистов для профилактической работы (Валентик Ю.В. и др., 1997; Бабичева Л.П. 1999; Колущинская Е.П., Гец Т.В., Нижегородов С.А., 2000; Ларина О.В., Мошкунова М.В., 2001; Макеева А.Г., 2001; Баева И.В., 2002). Подобные программы (“добровольные помощники”) реализуются в США (Романова О.Л., Петракова Т.И., 1992; Петракова Т.И., 1995).

Не ясна роль консультантов (бывших больных наркоманией) в ранней профилактике у подростков. Если специалисты ЮНЕСКО не рекомендуют привлекать их к работе (Российское здоровье, 2000), то отечественные авторы, наоборот, считают это целесообразным (Подростки и наркотики, 1999).

В последнее время в нашей стране накопился опыт внедрения зарубежных программ антинаркотического воспитания, описанный в ряде статей (Романова О.Л., Самойлова М.В., 1994, Спрангер Б., 1994 и др.). Вместе с тем, они оказались механически перенесены на нашу почву без необходимой адаптации, что существенно снизило их эффективность (Подростки и наркотики, 1999; Надеждин А.В., 2000). Так, нам кажется неприемлемым относительно либеральный подход к потребителям «легких» наркотиков при ориентации профилактических программ на потребителей «тяжелых» наркотиков (Mcculler W.J. et al., 2001).

Если каркас системы профилактики в большинстве предлагаемых программ имеет общность, то наполнение конкретным содержанием существенно отличается, что достаточно закономерно. Эти различия должны иметь место, учитывая межрегиональные различия как социального, так и психологического плана. В частности, сравнение

жизненных ценностей выявило существенные различия между молодежью Москвы и Ярославля (Басов А.В., 2000).

К сожалению, многие пособия по профилактике аддиктивного поведения к настоящему времени устарели, поскольку в них звучит сильный идеологический уклон (Копыт Н.Я., Сидоров П.И., 1986; Маюров А.Н., 1987), некоторые рекомендации (Глазов А.А. и др., 1989) пришли в противоречие с современным законодательством, а другие отражают лишь отдельные стороны проблемы, в частности, направлены на повышение уровня знаний педагогов в области профилактики наркотизации (Профилактика потребления ..., 1998; Теммиев Д.Ч., Лобжанидзе А.Б., 2000). Опубликованные в последние десятилетия на Западе справочники по антинаркоманическому воспитанию, хотя и отражают многосторонний подход, но требуют адаптации к культуральным условиям (Feser H., 1981; Welch S., 1999). Разрабатываются программы повышения квалификации школьных психологов в области профилактики наркоманий (Якубенко О.В., 2000).

Типичная содержательная отечественная комплексная программа разработана Н.А.Сиротой и соавторами (1998). Она включает в себя разнообразную работу с подростками, их родителями и учителями. Методы работы: групповая, тренинг поведения, когнитивная модификация и терапия, личностный тренинг, дискуссии, мозговые штурмы, беседы, лекции, ролевые игры, психогимнастика, психодрама, элементы индивидуальной и групповой терапии, круглые столы, совещания, супервизия, методические занятия с супервизорами.

В последние годы в большинстве программ основной составляющей являются психологические тренинги (Кулаков С.А., 1988, 1994, 1996; Толстых Н.Н., Кулаков С.А., 1989; Смит Э.У., 1991; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Терентьев А.В., Баушева И.Л. 1998; Бабичева Л.П., 1999; Пути и методы ..., 1999; Коткина Е.В., 2002). Предпочтительнее создание малых групп (Романова О.Л., 1997). При этом они носят широко направленный характер, способствуя как развитию личности, так и определенным социальным навыкам. К последним относится способность противостоять групповому давлению наркотизирующей среды. На способность противостоять давлению среды делают акцент и другие авторы (Scheier L.M., Botvin G.J., Diaz T., Griffin K.W., 1999). На необходимость развития самостоятельности и лидерства у подростков с целью профилактики наркомании указывает Т.Томас (1988). Именно многосторонний подход в работе с личностью показывает положительные результаты (Куфтяк Е.В., Тихонова И.В., 2002). Вместе с тем, некоторые авторы (Демина Е.Н., Дроздова Т.Н., Волков А.В., 2002) продолжают ориентироваться на узконаправленный подход к содержанию тренингов.

Социально-психологический тренинг в коллективе подростков, как правило, строится на упражнениях и ролевых играх (Барцалкина В.В., 1988; Хвостова О.И., Корнилов А.А., 2000; Смир Р., 2000; Пережогин Л.О., Емельянцева Ю.В., Крюковский С.В., 2002; Bacskai E., Gerevich J., 1988), часто с использованием транзакционного анализа (Клюев Н.В., Свистун Н.А., 1992).

Значительная часть работ посвящена вторичной профилактике, в частности выявлению группы риска. Так, с целью профилактики

рекомендуется организовать прием подростков в ИДН и кабинетах медико-психологического консультирования в школах (Голубенко И.А., Дунаев А.Г., Кабатченко О.А. 1994), в центрах психического здоровья (Малахова О.А., 1995). Вместе с тем, до настоящего времени отсутствует нормативно-правовая база, позволяющая эффективно выявлять подростков, злоупотребляющих ПАВ (Цетлин М.Г. и др., 1997). Дискуссия по поводу допустимых мер с целью выявления группы риска обострилась в связи с появлением стрип-тестов, позволяющих быстро определять наличие ПАВ в биологических жидкостях. В частности целесообразность и законность применения этих тестов для выявления потребителей наркотиков в учебных заведениях обсуждается в журнале "Нарконет: Россия без наркотиков" (№1, 2000).

В последнее время обращается внимание не только на психологическую работу с подростками и их семьями, но и с учителями, которые, несмотря на снижение авторитета школьного воспитания, оказывают немаловажное влияние на формирование характера подрастающего поколения. По данным массового опроса в различных регионах России (Паронян И.Д. и др., 2000), выяснено, что потребляют алкоголь 87,5% педагогов, а 4,5% пробовали наркотики. В литературе описывается большая частота невротических симптомов у учителей (Великанова Л.П., 2000), высокий уровень фрустрации (Факторы риска психической дезадаптации у педагогов..., 1997), синдром эмоционального выгорания (Бойко В.В., 1999), душевный дискомфорт (Харин С.С. , 1998). В связи с этим рекомендуется проведение психологической групповой работы с педагогами (Великанова Л.П., 2000).

Внедрение специальных обучающих программ для лиц, имеющих отношение к продаже табака и алкоголя, показало последующее снижение незаконной продажи спиртного молодежи на 11% (Projekt ARM ..., 2001)..

На основании изложенного следует, что до настоящего времени остается неясным соотношение первичных и вторичных факторов в происхождении аддиктивного поведения и формирования зависимости. Остается мало исследованной роль таких факторов, имеющих значение для прогрессивной динамики аддиктивного поведения в наркологические расстройства, как наследственность, семейное воспитание, органическая церебральная недостаточность, акцентуированные характерологические особенности или аномально-личностные свойства, система отношений с окружающими, самооценка, уровень притязаний, девиантное и делинквентное поведение, мотивации потребления ПАВ и др. До настоящего времени не выяснены социально-психологические и клинические аспекты перехода аддиктивного поведения в наркологические расстройства, что имеет существенное значение для организации комплексной профилактической и реабилитационной помощи.

Достаточно противоречивы мнения об эффективности различных психотерапевтических методик. Не разработана комплексная система профилактики, включающая в себя всестороннее воздействие не только на личность ребенка и подростка, но и на его окружение (семья, школа).

Таким образом, лечение подростков, страдающих химической зависимостью, представляет широкое поле для научных исследований. Еще более значимо продолжение исследований в области профилактики наркологических заболеваний.

В связи с вышеизложенным, представляется актуальным проведение многоаспектного исследования, посвященного изучению становления аддикции к психоактивным веществам у несовершеннолетних в динамике и проблеме комплексной ее профилактики.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

2.1. Подходы к дефиниции понятия «аддиктивное поведение» и его многоосевая диагностика.

Как следует из определения, данного в обзоре литературы, понятие «аддиктивное поведение» применительно к химическим веществам - это форма злоупотребления ими, но еще не состояние зависимости, хотя сам термин “addiction” (в переводе с английского означающий «пристрастие»), предполагает связь с ее формированием.

Всякое ли злоупотребление психоактивными веществами ведет к формированию зависимости? Можно предположить, что риск ее развития будет определяться рядом факторов, относящихся к состоянию организма, обеспечивающих степень устойчивости к воздействию ПАВ, характера самого вещества (степени его «наркогенности») и формы употребления (дозы и частоты).

Очевидно, что критерии аддиктивного поведения должны отличаться и зависеть, в частности, от возраста субъекта и вида употребляемого ПАВ.

Так, употребление психоактивных веществ, кроме алкоголя и табака, считается недопустимым независимо от частоты и дозы. Однако вряд ли однократное употребление любого из этих веществ следует однозначно рассматривать как аддиктивное поведение, поскольку оно может быть обусловлено случайными факторами и не повлечет за собой формирования зависимости. С другой стороны, высокая степень «наркогенности» некоторых ПАВ (героина, например) в значительной степени нивелирует значимость других факторов, влияющих на темп формирования зависимости.

Наиболее широкое поле для дискуссий представляет собой допустимость употребления алкоголя подростками. С социальной (юридической) точки зрения, любое употребление до 18 лет является злоупотреблением, поскольку вступает в противоречие с законом. Такой подход, нашедший свое отражение в «Концепции злоупотребления ПАВ в образовательной среде» (2000), фактически нивелирует различие между первичной и вторичной профилактикой.

Наиболее адекватными нам представляются критерии АП, предложенные А.Е. Личко и В.С. Битенским (1991), которые описаны в первой главе. Однако применение этих критериев на практике в настоящее время могло привести к тому, что аддиктивное поведение диагностировалось бы у большей части старших подростков, что лишило бы термин своего основного смысла - формы употребления, влияющей на формирование зависимости.

Поэтому в процессе исследования были пересмотрены критерии определения группы аддиктивного поведения за счет допустимости большей частоты употребления и увеличения в 2 раза среднеупотребляемой дозы спиртного, также учтены возрастные особенности.

Группа риска, характеризующаяся аддиктивным поведением, определялась следующими исходными критериями:

для подростков 13 лет и младше - повторное употребление алкоголя в опьяняющих (любой степени) дозах;

для подростков 14 лет и старше - систематическое употребление алкоголя (чаще 1 раза в месяц) при неоднократных интоксикационных дозах;

повторное употребление других психоактивных веществ (наркотических и токсических) независимо от возраста.

Под интоксикационными дозами понимается такое количество алкоголя, которое приводит к заметному нарушению функций организма: расстройству координации движений, аффективной и поведенческой сферы, рвоте, постинтоксикационному синдрому и др.

Вместе с тем, как будет показано ниже, распространенность АП в старшей возрастной группе (около половины обследованных) значительно превосходит таковую среди взрослых (по усредненным данным литературы, около 25%), и тем более распространенность больных алкоголизмом в популяции. Следовательно, АП не обязательно приводит к формированию зависимости. Поэтому количественно-частотный показатель является предварительным (рубежным) при выделении группы АП. Можно предположить также, что АП у несовершеннолетних не всегда влечет за собой формирование зависимости по следующим причинам. Во-первых, оно, просуществовав определенное время, прекращается в связи с отказом от алкоголя или значительным снижением его потребления. Во-вторых, форма потребления алкоголя не меняется, но она уже не соответствует критериям АП в связи с взрослением несовершеннолетнего. Такая ситуация возможна при относительно позднем начале злоупотребления - на рубеже несовершеннолетия. В третьих, в формировании зависимости участвуют, кроме частотно-количественного фактора, биологические, клинические и социально-психологические факторы, роль которых нуждается в дополнительном уточнении.

Оценка АП наиболее адекватной может быть при многоосевой диагностике, включающей в себя следующие показатели: особенности интеллекта, личности, сопутствующие заболевания («патологическая почва»), характер социального функционирования.

Говоря о клинических критериях АП, мы имеем в виду прежде всего те признаки, которые при определенной выраженности в своей совокупности являются симптомами начальной стадии зависимости: рост толерантности, утрату количественного контроля, амнестические формы опьянения. Однако все могут считаться симптомами только при наличии достаточной выраженности. Так, рост толерантности более, чем в три раза, утрата количественного контроля и амнестические формы опьянения становятся привычными, последние возникают не только на фоне интоксикационных доз. Патологическая почва в виде резидуальных явлений церебральной органической недостаточности также может быть отнесена к клиническим факторам, определяющим АП.

Поскольку уровень социального функционирования становится одним из критериев оценки АП, необходимо подробнее рассмотреть критерии социальной адаптации. Можно выделить три основных вида адаптации: семейная, школьная и в микросреде, а также генерализованная, включающая в себя все перечисленные.

Социально адаптированным мы считаем того индивидуума, который живет в согласии с обществом, при условии, что последнее не нарушает его прав. Деадаптации проявляется, прежде всего, нарушенным поведением, что дает основание использовать в качестве критерия диагностики раздел F91 из МКБ-10. Поэтому семейная деадаптация будет оцениваться признаками, описанными в разделе F91.0 («Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи»), и ее признаками будут считаться конфликты с членами семьи, приводящие к нарушению ее функционирования (домашние кражи, порча имущества, уходы из дома, агрессия и др.). Аналогично школьная деадаптация будет проявляться нарушением отношений с учителями и снижением учебной успеваемости, что дает основание считать ее частным проявлением «Социализированного расстройства поведения» (F91.2). Деадаптация в микросоциальном окружении рассматривается, прежде всего, в аспекте взаимоотношений со сверстниками и в наибольшей степени соответствует критериям «Несоциализированного расстройства поведения» (F91.1). Сочетание всех трех видов деадаптации дает основание говорить о ее генерализованной форме.

Из вышесказанного следует, что степень деадаптации будет определяться выраженностью поведенческих нарушений, которые требуют также своей систематизации.

В настоящее время в научной литературе используется ряд терминов, определяющих нарушенное поведение: девиантное, делинквентное, асоциальное, антисоциальное, криминальное. Разными авторами в их содержание вкладывается отличающийся смысл. Не вдаваясь в дискуссию, приведем обоснования нашего подхода к классификации нарушенного поведения. Разграничение форм нарушенного поведения должно отражать степень его тяжести, при этом желательно, чтобы критерии разграничения были максимально формализованы во избежание разночтений.

Традиционное определение девиантного поведения как нарушающего нормы общественной морали допускает наибольшее число разных трактовок, в то время как понятия делинквентного и криминального поведения опираются на юридические нормы. Так, первое мы рассматриваем как форму поведения, нарушающую законы и установленные юридические нормы, второе же связано с нарушением уголовного кодекса.

Следуя формальной логике, с учетом указанных границ определений, можно считать, что все три понятия последовательно подчинены друг другу, то есть наиболее широким является термин «девиантное поведение», в него по «принципу матрешки» входят термины «делинквентное» и «криминальное» поведение. Однако, с практической точки зрения, этими понятиями лучше пользоваться в узком смысле. К примеру, криминальными следует считать такие поступки, как кражи, злостное хулиганство, грабеж, разбой, нанесение телесных

повреждений, повлекших расстройство здоровья и др. Делинквентным следует считать такое поведение, как мелкое хулиганство, сознательную порчу имущества, не наносящую большого ущерба, вымогательство мелких сумм денег, оскорбление, нанесение телесных повреждений, не повлекших расстройства здоровья, бродяжничество. Девиантными являются такие поступки, как систематическое невыполнение своих обязанностей в учебном заведении и семье (прогулы занятий, отказ выполнять свои обязанности по дому), нарушение правил дорожного движения, не повлекшее за собой тяжких последствий, несоблюдение элементарных правил личной и общественной гигиены.

При рассмотрении проблем, связанных с реабилитацией несовершеннолетних, необходимо учесть незавершенность психического развития, которая связана как с возрастными особенностями, так и с дизонтогенезом, вследствие злоупотребления ПАВ и других причин. Реабилитационный, то есть восстановительный процесс с возвращением к доболезненному состоянию, в данном случае явно недостаточен. Правильнее говорить о сочетании реабилитационных и абилитационных мероприятий, однако разделение их на практике весьма условно, поэтому мы используем более привычный термин «реабилитация» как обобщающий.

2.2. Характеристика контингента и методы исследования

Исследуемый контингент состоял из трех групп:

Клиническая группа (подростки, страдающие химической зависимостью) - 102 человека.

Группа аддиктивного поведения (представляющие собой группу риска по развитию зависимости) - 393 человека.

Контрольная группа (без признаков зависимости и АП) - 658 человек.

Такое распределение групп по численности объясняется следующими обстоятельствами. Во-первых, обследование носило сплошной характер и приближалось к эпидемиологическому, в связи с чем соотношение контрольной группы и группы АП определялось их реальной распространенностью в популяции. Во-вторых, поскольку акцент в исследовании был сделан на первичной профилактике, которая предполагает работу на этапах до формирования зависимости, большее внимание было уделено именно этим группам (контрольной и АП).

Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, клинико-биографический, социально-психологический, экспериментально-психологический, метод включенного наблюдения в процессе групповых тренингов и психотерапии, клинико-статистический.

Клинико-психопатологический метод является наиболее традиционным при проведении подобных исследований. Он применялся при обследовании подростков, страдающих зависимостью, и подростков с АП. Экспериментально-психологический метод был использован при обследовании всех трех групп и заключался в применении психологических тестов (Торонтская алекситимическая шкала - 275 человек, Тесты Смишека и УНП - по 215 человек) и проективных

психологических методик. Социально-психологический метод применялся при анонимном анкетировании, которое проводилось в учебных заведениях. Этот метод является традиционным и наиболее адекватным методом при массовом обследовании. С учетом мнения R.H.Needle et al. (1989) о важности методологического обеспечения исследования, мы проводили анкетирование по определенным правилам.

Для достижения большей откровенности анкетирование проводилось отдельно по классам или учебным группам в отсутствие преподавателей. Участникам давались гарантии неразглашения тайны сообщенных сведений и предоставлялась возможность получить индивидуальную консультацию, чем воспользовалось 160 человек. Во время консультирования анкетирование дополнялось клинической беседой, в процессе которой уточнялись сведения, изложенные в анкете. Указанная процедура подтвердила достаточно высокую достоверность полученных сведений. Метод включенного наблюдения использовался при проведении групповых тренингов с подростками, характеризующимися АП, и во время групповой психотерапии в наркологическом стационаре. Метод позволил существенно дополнить клинические обследования, уточнив, в первую очередь, личностные характеристики и поведенческие реакции.

Анкета исследования состоит из 87 пунктов, в которых выделены следующие блоки: 1-5 пункт - установочные характеристики (пол, возраст и др.), 6-38 пункт - особенности взаимоотношений с окружающими, 39-50, 84 пункт - особенности личности (интересы, увлечения, поведение), 52-83 пункт - характеристика аддиктивного поведения, 85, 86 пункт - наркологическая ситуация в семье. Анкета анонимного исследования включала тестовые задания отдельных экспериментально-психологических методик: самооценка по модифицированной методике Дембо - Рубинштейн, включая 9 шкал и 4 позиции: «Я - реальное», «Я- в глазах других», «Я- идеальное», «Я- презентация».

Все обследованные при анонимном анкетировании были разделены на две группы: контрольная группа и группа АП, выделенная в соответствии с указанными выше критериями.

В группу АП при анонимном опросе могли войти лица, страдающие зависимостью, однако, группа подростков, страдающих зависимостью, на основании данных анкет не выделялась в связи с невозможностью клинической диагностики при анонимном анкетировании, а также незначительной долей зависимых в общей массе обследованных (предположительно 1-2%).

Контрольная группа - трезвенники и лица, употреблявшие алкоголь эпизодически в неопьяняющих дозах, а также пробовавшие наркотики и психоактивные вещества один-два раза и прекратившие употребление к моменту обследования более одного месяца назад. Данное разделение проведено без учета курильщиков табака.

Для получения более широкого спектра оценок анкетирование проводилось в различных учебных заведениях: школе-лицее, находящейся в центре города, обычной общеобразовательной школе, расположенной на периферии, в ПТУ, техникуме и вузах. Всего при

анонимном анкетировании получено 1118 анкет, признанных годными для анализа. Количество недостоверных анкет (исключенных из анализа) составило 1,6% от общего числа.

С целью изучения динамики социально-психологических характеристик в режиме “реального времени” проведено лонгитудное исследование 101 подростка путем повторного анкетирования (2-3 раза) с интервалом один год. В результате выделены две группы: динамическая контрольная и динамическая группу с аддиктивным поведением (АП), в которую вошла часть подростков, перешедших из контрольной в группу АП. Это дало возможность выявить роль социально-психологических факторов, которые являются первичными или вторичными и влияют на приобщение к ПАВ.

Подростки, страдающие зависимостью, изучались при обследовании контингента, находящегося под наблюдением Областного наркологического диспансера, во время их стационарного лечения в детско-подростковом отделении, а также при госпитализации в психиатрическую больницу. Часть обследована амбулаторно и при посещении на дому. Учитывая, что практически каждый подросток, страдающий зависимостью, госпитализируется в стационар для уточнения диагноза и лечения, изученная группа больных достаточно полно отражает контингент, наблюдаемый наркологами.

Для обследования труднодоступных потребителей ПАВ проведена специальная форма «уличной работы» (посещение дискотек с приглашением в соматический стационар) привлечением врача-нарколога. Сложность работы заключалась в необходимости вызвать у обследуемого чувство доверия, которое позволило бы получить полноценные данные.

Психотерапевтическая и психокоррекционная работа проводилась в следующем объеме. Всего было проведено 5 курсов группового психологического тренинга с общим числом постоянных участников 40 человек, 4 сессии «большой ролевой игры», в каждой из которых принимало участие в среднем 25 человек и 3 курса групповой психотерапии с несовершеннолетними, находившимися на лечении в областном наркологическом диспансере, с общим числом участников 20 человек.

Средний возраст в клинической группе составил - $16,0 \pm 1,4$ лет, в группе АП - $14,9 \pm 1,4$ лет, в контрольной - $14,1 \pm 1,7$ лет. Как видно из таблицы 2, распределение обследованных по возрасту в трех группах несколько различалось. В наибольшей степени различия касались клинической группы, где заметно преобладали семнадцатилетние. С тем, чтобы исключить влияние возрастного фактора при анализе всех показателей, выделялись группы 12-13, 14-15 и 16-17 лет. При отсутствии достоверных различий между возрастными группами указывался общий результат.

Карта клинического обследования включала 12 разделов: 1) общие данные, 2) семья и условия воспитания, 3) школа (обучение), 4) социальные контакты (среда), 5) развитие и его нарушения, 6) психосоциальный стресс, 7) наркологический анамнез, 8) сомато-неврологическое состояние, 9) девиантное поведение, 10) психическое состояние, 11) лечение и коррекция, 12) итоговое заключение.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием лицензионного пакета программ «Биостат» (Гланц С., 1998), разработанной специально для применения в биологической и медицинской статистике. Для определения достоверности результатов использовались традиционные методики - критерий Стьюдента и критерий "хи-квадрат". В тех случаях, когда сравнивалось более двух групп, дополнительно применялся критерий Стьюдента с поправкой Бонферони. При проведении лонгитудного исследования преимущественно применялся метод построения рейтинговых рядов в сравниваемых группах.

2.3. Клинико-социальные характеристики обследованных

Группа АП увеличивается, начиная с 12 лет, достигая своего максимума в 16 лет, и стабилизируется на этом уровне. Эта тенденция характерна как для юношей, так и для девушек. Девушки оказались значительно в меньшей степени вовлечены в аддиктивное поведение, чем юноши. Особенно это заметно в младшей возрастной группе - в возрасте до 14 лет. Лишь к 17 годам распространенность группы АП у девушек приближается к юношам и достигает почти половины всех обследованных.

Знакомство с алкоголем происходит в достаточно раннем возрасте: к 12 годам его пробовали 61,3% мальчиков и 78,7% девочек, к 13 годам - соответственно 72,1% и 80,2%, в 14 лет юноши начинают «опережать» девушек - 90,4% против 84,7%, а к 15 годам подавляющее большинство подростков, как юношей, так и девушек, оказывается приобщенными к алкоголю (соответственно -96,6% и 95,4%).

Подростки из группы АП значительно чаще употребляют наркотические и токсические вещества.

Подавляющее большинство представленных в таблице подростков относятся к группе с АП, в контрольной группе пробовавшие наркотические и токсические вещества (1-2 раза) составили в среднем 1,2%. Как видно из таблицы 4, и в данном случае наблюдается аналогичная тенденция, характерная для формирования группы АП в целом. Однако вовлеченность девушек в употребление этих веществ оказывается значительно меньшей, чем юношей, и к старшему подростковому возрасту они так и не достигают уровня юношей. Это свидетельствует, что группа АП среди девушек в основном формируется за счет злоупотребляющих алкоголем.

Распространенность группы АП составляет в школах среди юношей - 43,9%, среди девушек - 28,4%, в сузах (средние учебные заведения) соответственно - 66,6% и 39,4%, в вузах - 63,2% и 27,0%. Большая распространенность злоупотребляющих ПАВ среди учащихся СУЗов и вузов по сравнению со школьниками объясняется возрастным составом: среди первых отсутствовала младшая возрастная группа, которая реже других употребляет ПАВ.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о достаточно широкой распространенности группы АП среди учащихся различных учебных заведений: на пороге совершеннолетия они составляют до половины всех обследованных. Особое беспокойство вызывает высокий уровень приобщения к наркотическим и

токсическим веществам: каждый шестой юноша и каждая десятая девушка хотя бы раз в жизни пробовали их. Не удалось выявить заметных различий в распространенности употребления ПАВ среди учащихся сузов, вузов и старшеклассников.

Представленные в табл. 4 данные позволяют также косвенно судить о распространенности болезней химической зависимости среди несовершеннолетних в разных учебных заведениях. Число обследованных, обучающихся в вузах, сузах и школах области соотносится между собой как 1:8:8, в то время как в популяции с учетом возраста их соотношение 1:5:8. Следовательно, можно предположить, что в наибольшей степени болезни химической зависимости распространены в сузах.

В рамках клинического обследования анализировались больные химической зависимостью, без отягощенности другими психическими расстройствами психотического уровня.

Как видно из табл. 6, основной контингент составили больные опийной (героиновой) наркоманией, которые являются наиболее значимым контингентом с точки зрения социально-медицинских последствий.

2.4. Оценка наркологической ситуации в Ивановской области

Как видно из диаграммы на рис. 1, заболеваемость алкогольными психозами характеризуется значительными колебаниями. Так, если в 2000 г., по сравнению с 1999 г. отмечался заметный рост алкогольных психозов, то в 2001 г. не было зарегистрировано ни одного случая. Вместе с тем, заболеваемость люцидным алкоголизмом характеризуется непрерывным ростом и заметно превышает средние показатели по стране.

Резкий скачок заболеваемости наркоманиями произошел в 2000 г., сменился стабилизацией в 2001 г. на уровне, близком к средним по РФ. В отличие от алкоголизма и наркоманий, уровень заболеваемости токсикоманиями за последние годы оставался достаточно стабильным и даже несколько снизился в 2001 г.

Можно предположить, что динамика заболеваемости алкогольными психозами в значительной мере обусловлена случайными факторами, не имеющими прямого отношения к качеству оказания медицинской помощи и эффективности профилактических мероприятий, поскольку не удается установить отчетливой связи с заболеваемостью алкоголизмом. Учитывая, что суммарный показатель заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями в Ивановской области и РФ приблизительно одинаков, можно предположить, что эти два заболевания как бы уравнивают друг друга. Указанная ситуация отражает принцип “викарной” наркотизации.

Существующая система оказания помощи несовершеннолетним с АП и зависимостью в Иванове представлена следующими учреждениями.

Подростковый наркологический центр, открытый в 1999 году, является структурным подразделением областного наркологического диспансера и возглавляется заместителем главного врача по подросткам. Он включает в себя стационар на 15 коек (1 ставка подросткового врача-нарколога) и амбулаторное отделение (2

врачебных ставки). Кроме этого, со стационарными и амбулаторными пациентами также работают психолог и социальный работник.

Медико-психолого-педагогическая консультация (МППК) относится к системе Министерства образования. В ее составе работают психологи (3 ставки), социальный педагог (1), дефектологи (2), логопед (1) и психиатр (1). Основная работа заключается в индивидуальном консультировании и психокоррекции. Проводится также групповая работа, в основном социально-психологические тренинги (общения). При центре функционирует телефон доверия для подростков и их родителей. Важнейшей частью ее деятельности является экспертная работа, связанная с формами обучения. Вместе с тем, заключения комиссии фактически носят рекомендательный характер, поскольку без согласия родителей форма обучения (например, перевод в специальную школу или на домашнее обучение) невозможен.

Центр психолого-педагогической помощи семье и детям находится в структуре Министерства социальной защиты населения, открыт в 1994 году. Оказывает психологическую и психотерапевтическую помощь детям, подросткам и их семьям. Его деятельность в меньшей степени регламентирована указаниями министерства по сравнению с МППК. В центре работают следующие специалисты: клинические психологи (8 ставок), психотерапевт (1), социальные работники (3), нарколог (1), юрисконсульт (1), дефектолог (1). Возглавляет центр директор, выполняющий распорядительские функции, а основная методология работы определяется научным руководителем – доктором психологических наук, профессором университета. Центр тесно сотрудничает с общественными организациями, например, с «Ассоциацией детей-инвалидов». Проблемы девиантного поведения в общем объеме работы составляют не более 10%. Основные формы работы: индивидуальное консультирование и психокоррекция, а также групповые тренинги общения и родительской эффективности (в общем объеме работы составляют менее 1/5). Преимущественно используются методики, основанные на гуманистическом подходе.

Около половины школ имеют в своем штате психологов. Их деятельность минимально регламентирована и определяется в основном самостоятельно или администрацией учебного заведения. Более подробный анализ их деятельности представлен в главе V.

Инспекция по делам несовершеннолетних (ИДН) участвует в выявлении несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, преимущественно из числа совершивших противоправные действия, а также из неблагополучных семей. Наиболее тесно ИДН сотрудничает с наркологическим центром, предоставляя возможность врачам-наркологам осмотреть несовершеннолетних, вызванных на комиссию, а также оказывая содействие в привлечении к лечению подростков с зависимостью. Вместе с тем, правоохранительные органы при проведении розыскных и следственных действий пытаются получить от сотрудников наркологического центра информацию, составляющую врачебную тайну, разглашение которой не предусмотрено существующим законодательством.

2.6. Выводы к главе II

Во-первых, аддиктивное поведение, связанное с употреблением ПАВ, является распространенным явлением (более половины популяции старшеклассников) среди подростков Ивановской области.

Во-вторых, региональными особенностями наркологических заболеваний являются значительно более высокий уровень зарегистрированного алкоголизма и токсикоманий и несколько меньший уровень наркоманий среди несовершеннолетних по сравнению с соответствующими показателями по РФ.

В-третьих, среди учебных заведений наиболее неблагоприятная наркологическая обстановка характерна для средних учебных заведений (ПТУ, техникумы, колледжи).

В-четвертых, в Ивановской области имеются учреждения, занимающиеся оказанием психологической помощи несовершеннолетним и их семьям, которые могут быть использованы в качестве базовых для организации мероприятий по первичной профилактике злоупотребления ПАВ.

ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКЦИИ.

3.1. Роль наследственности в формировании аддиктивного поведения и зависимости

Наследственная отягощенность является одним из наиболее разработанных вопросов в изучении наркологических заболеваний. По данным П.И.Сидорова и А.В.Митюхлева (1999), алкоголизм родителей до рождения ребенка достоверно чаще отмечен среди подростков, страдающих алкоголизмом (66,3% при I стадии и 71,3% при II стадии), по сравнению с группой риска (без признаков алкоголизма) - 52,4%. Последствия неблагоприятной наследственности наиболее часто проявляются в подростковом возрасте (Biederman J. et al., 2000). Близкие данные получены Н.Я.Оруджев (2001): 64,5% подростков, злоупотребляющих алкоголем, (преимущественно из числа страдающих зависимостью) имели отягощенную наследственность.

Наше исследование показало, что наследственность была отягощена наличием психических расстройств (в подавляющем большинстве алкоголизмом отцов) у 47,1% в группе АП и у 80,6% в клинической группе ($p < 0,01$). Следовательно, наследственная отягощенность может играть роль как в приобщении к ПАВ, так и в формировании зависимости.

В клинической группе, как правило, алкоголизм у отцов имел неблагоприятное течение: он иногда просматривался на протяжении нескольких поколений, сочетался с преморбидными характерологическими отклонениями, характеризовался ранним началом, высокой прогрессивностью и выраженной дезадаптацией. Это приводило к быстрому распаду семей и утрате в дальнейшем контактов с детьми. Так, неполная семья встречалась достоверно чаще в клинической группе по сравнению с контрольной (48,1% против 22,0%, $p < 0,01$)*. Указанные обстоятельства существенно затрудняли возможности клинической диагностики, тем более, что часть отцов к моменту обследования умерла, в том числе и от насильственной смерти (несчастные случаи, самоубийства, убийства).

Алкоголизм отцов в группе АП характеризовался меньшей brutalностью проявлений, начало злоупотребления алкоголем относилось чаще к возрасту после 20 лет, течение болезни носило менее прогрессивный характер, что позволяло иногда достаточно длительное время сохранять относительную социальную адаптацию. Если в клинической группе из-за раннего распада семьи отцы практически не принимали участие в воспитании детей, или же их влияние в основном носило негативный характер, то к группе АП они иногда успевали внести положительный вклад в воспитание. Это определяло и отношение детей к пьющим отцам: при малой прогрессивности заболевания они нередко относились к ним с сочувствием, рассказывая обследователю о своих взаимоотношениях,

вспоминали не только негативные стороны, но и положительные. Злокачественное течение алкоголизма, характерное для отцов подростков клинической группы, не оставляло места для формирования положительных сторон взаимоотношений. В каждой четвертой семье клинической группы еще до начала злоупотребления несовершеннолетними ПАВ отношения характеризовались как напряженные, с такой же частотой встречались ссоры и жестокость.

К моменту обследования злоупотребление алкоголем чаще регистрировалось в семьях из группы АП (26,7%) и клинической (44,8%) по сравнению с контрольной (16,7%, все различия достоверны).

3.2 Роль отдаленных последствий органического поражения ЦНС

Роль органической церебральной неполноценности как фактора, predisponирующего формированию зависимости, отмечается рядом авторов. В частности, особое значение придается черепно-мозговым травмам (Шабанов П.Д., 2002; A comparison of substance ..., 2001). Например, по данным П.И.Сидорова и А.В.Митюхляева (1999), травмы, полученные до развития зависимости, зарегистрированы в группе риска у 25,6%, при первой стадии алкоголизма - у 28,2%, при второй стадии - у 54,8% ($p < 0,05$) подростков. Травмы, полученные в период наркологического заболевания, оказывали наиболее неблагоприятное дезадаптирующее влияние (Оруджев Н.Я., 2001).

Наше исследование показало, что доля подростков, имевших в анамнезе черепно-мозговые травмы, в клинической группе составила 19,6%, тогда как в группе АП - 5,7% ($p < 0,01$). Последний показатель близок к данным о распространенности черепно-мозговой травмы в детской популяции, полученным Е.В.Даций и И.В.Захаровым (1997) при проведении эпидемиологического исследования в Омске. Сопоставление полученных нами сведений и данных научной литературы дает основание предположить, что последствия черепно-мозговой травмы действуют в большей степени как фактор формирования зависимости, нежели как фактор становления АП.

Нами учитывались все травмы, кроме родовых, диагноз которых был подтвержден при обращении к врачу. В подавляющем большинстве случаев это были легкие травмы головы с кратковременной потерей сознания. Однако и в тех случаях, когда травмы характеризовались большой тяжестью, в периоде отдаленных последствий не отмечалось выраженных энцефалопатических последствий. В основном преобладали астено-невротические расстройства с легкими когнитивными нарушениями и минимумом субъективных жалоб на утомляемость, головную боль, метеопатию, плохую переносимость езды в транспорте. В неврологическом статусе отмечалась рассеянная симптоматика без признаков очаговых поражений. Более глубокое исследование роли неврологического статуса затруднялось наличием сходных симптомов, связанных с абстинентным синдромом, а также с начальными проявлениями энцефалопатии, особенно у потребителей ЛОВ.

На преобладание астено-невротических расстройств в клинической картине отдаленного периода черепно-мозговой травмы у детей указывают многие авторы (Варгак Я.Д., 1988; Нурмагамбетова С.А., 1994; Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соколова Т.В., 1997; Панюшин

К.А., 1998 и др.), при этом, как правило, в интеллектуально-мнестической сфере преобладают легкие нарушения памяти и внимания при отсутствии грубых нарушений психической деятельности (Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соколова Т.В., 1997). В то же время К.Г.Валеева и Ш.М.Сафин (1994) говорят о высокой частоте выраженных психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у детей: снижение интеллекта - 18%, эпилепсия - 28%. Можно предположить, что выраженные органические заболевания головного мозга приводят к непереносимости ПАВ, тогда как легкие последствия, участвуя в формировании личностной патологии, облегчают приобщение и ускоряют развитие зависимости.

Наши сведения подтвердили данные литературы (Даций Е.В., Захаров И.В., 1997) о том, что большинство травм (более 2/3) получено подростками на улице и в семейно-бытовых ситуациях. Рост травм отмечается в возрасте старше 7 лет, когда ослабевает внимание родителей к детям, а пик их приходится на подростковый возраст. Из чего можно предположить, что пьянство родителей имеет опосредованную связь с повышенным риском травматизации детей в связи со снижением к ним должного внимания. Вместе с тем, нам не удалось выявить у подростков черепно-мозговые травмы, связанные с физическим насилием в семьях, которое в таких случаях является достаточно частым явлением, о чем будет сказано ниже.

3.3. Невротические реакции

Подростки группы АП и клинической характеризовались достаточно высокой частотой невротических реакций (соответственно 33,3% и 58,2%, $p < 0,01$), среди которых преобладали страхи (соответственно 16,1% и 36,3%, $p < 0,01$), кроме того, с приблизительно равной частотой (6%-10%) встречались энурез, сомнамбулизм и другие нарушения сна, реже отмечалось заикание (соответственно 3,2% и 1,1%). Тики (8,8%) и другие виды навязчивостей (2,2%) отмечены только в клинической группе. На высокую частоту энуреза при раннем алкоголизме указывают П.И.Сидоров и А.В.Митюхляев (1999).

Еще до начала злоупотребления ПАВ обследованные подростки часто подвергались воздействию стрессовых ситуаций: в группе АП - 20,6%, а в клинической - 56,3% ($p < 0,001$), при этом преобладали стрессовые ситуации в семье (соответственно 8,8% и 24,0%, $p < 0,01$), а в клинической группе также по сравнению с группой АП значительно увеличивалась доля внешних психогенных воздействий (соответственно 15,6% и 2,9%, $p < 0,01$).

Как видно из приведенных данных, частота появления страхов приближается к показателю стрессовых реакций в обеих группах, что дает основание предположить наличие между ними связи. В то же время тики, так же как и черепно-мозговые травмы, заметно преобладают в клинической группе по сравнению с группой АП. Известно, что эта патология имеет тесную связь с органическими поражениями ЦНС. Таким образом, можно предположить, что появление невротической (неврозоподобной) симптоматики обусловлено, с одной стороны, высокой частотой стрессовых ситуаций, а с другой - наличием неблагоприятного органического фона. Это дает основание рассматривать указанную симптоматику в качестве одной из

причин злоупотребления ПАВ, которые могут смягчать отрицательные эмоциональные переживания. Заметное преобладание невротических реакций в клинической группе по сравнению с группой АП позволяет предположить участие этих расстройств не только в злоупотреблении ПАВ, но и в патогенезе зависимости.

3.4. Личность

Оценка личностных особенностей представляет собой одну из наиболее значимых проблем в диагностике наркологических заболеваний. Спор о первичности или вторичности личностных девиаций при наркологических заболеваниях длится не первое десятилетие и далек от разрешения. В этом плане исследования, затрагивающие подростковый период, позволяют в наибольшей степени приблизиться к уточнению роли личностных особенностей в приобщении к ПАВ и развитию зависимости. Учитывая, что исследователь находится у истоков болезни, когда личностные изменения еще не столь существенны, можно с определенной долей уверенности говорить о преобладании преморбидных особенностей в происхождении характерологических уклонений.

3.4.1. Психологическая диагностика личности

Проведенное с помощью опросника Смишека тестирование не позволило прийти к определенному мнению относительно роли акцентуации характера. Все три группы имели значительное сходство по распределению типов личности. В частности, в контрольной группе оно было следующим: гипертимная - 21,6%, возбудимая - 5,0%, демонстративная - 2,8%, дистимическая - 2,2%, застревающая - 5,8%, педантическая - 2,2%, тревожная - 2,8%, циклотимическая - 9,4%, экзальтированная - 33,3%, эмотивная - 17,3%. Достоверные различия были выявлены только в отношении девушек, среди которых отмечено значительное увеличение доли гипертимной акцентуации по мере усугубления аддикции (соответственно 15,5%, 27,3% и 41,6%. $p < 0,01$), одновременно у юношей увеличивается доля возбудимого типа в клинической группе (16,4%) по сравнению с контрольной (7,3%, $p < 0,05$).

Отсутствие заметного относительного преобладания каких-либо типов личности обусловлено, видимо, двумя причинами. Во-первых, тест Смишека диагностирует не все виды акцентуаций, в частности, в нем не выделен неустойчивый тип личности, имеющий, по данным литературы, особое значение. Во-вторых, возможно, имеет значение не тип личности, а степень выраженности характерологических уклонений. Последнее предположение подтверждается проведенным нами тестированием методом УНП.

Доля обследованных с показателем уровня невротизации в пределах нормы в группах контрольной и АП оказалась достоверно больше, чем в клинической (соответственно 78,7% и 74,6% против 53,4%, $p < 0,01$), тогда как повышенный уровень невротизации имел прямо противоположную тенденцию (соответственно 15,7% и 17,9% против 34,5%, $p < 0,01$).

Обследованные с уровнем психопатизации в пределах нормы наиболее часто встречались в контрольной группе (43,8%) по

сравнению с клинической (27,6%, $p < 0,05$). Отмечалась также тенденция к росту доли респондентов с повышенным уровнем психопатизации в группах АП и клинической, но различия не достигали статистической достоверности.

3.4.2. Клиническая диагностика личности

Клиническое обследование позволило уточнить диагностику личности. Так, в группе АП гармоничный тип личности в преморбиде отмечен у 42,9% (что приближается к популяционной норме), акцентуации – у 34,3%, ПХФЛ – у 22,9% (что явно превосходит популяционную норму), в клинической группе гармоничный тип диагностирован гораздо реже – 6,9% ($p < 0,01$), акцентуации – у 50,5%, ПХФЛ – у 42,6%. При этом начало злоупотребления ПАВ в большинстве случаев совпадало с началом периода пубертатного криза. Согласно современным представлениям (Клиническая и судебная подростковая психиатрия, 2001), выделяются три варианта пубертатного криза: психологический криз созревания, исчерпывающийся увеличением числа присущих этому возрасту психологических особенностей; дисгармонический криз, характеризующийся личностными нарушениями по психопатическому и психопатоподобному типу; патологический пубертатный криз, включающий в себя психические расстройства личностного регистра (патологические фантазии, сверхценности, невротические и неврозоподобные синдромы, аффективные нарушения, расстройства влечений, гебоидные состояния). Первоначально при обследовании складывалось впечатление значительного преобладания гебоидного варианта пубертатного криза: возбудимость, грубость, демонстративный цинизм и пренебрежение моральными нормами, жестокость и бездушие к близким людям. Однако углубленный анализ заставлял усомниться в широкой распространенности патологического пубертатного криза, поскольку в основном указанная симптоматика появлялась в период злоупотребления ПАВ. Совокупность полученных данных (анамнестических, клинического динамического наблюдения) позволяет утверждать о преобладании психологического криза созревания и дисгармонического пубертатного криза. Последний характеризовался признаками психологического криза, доходящими до уровня психопатоподобных расстройств с нарушением поведения (вербальная и физическая агрессия, уходы из дома, демонстративно-шантажное, делинквентное и криминальное поведение) и социальной дезадаптацией. Из типичных для подросткового возраста реакций преобладали реакции оппозиции и эмансипации.

Вышеизложенное свидетельствует о явном сдвиге преморбидных личностных особенностей в сторону патологии до начала злоупотребления ПАВ уже в группе АП, с усилением тенденции в клинической группе.

Типы характерологических уклонений в группе АП распределились следующим образом: неустойчивый – 70,0%, возбудимый и гипертимный – по 10,0%, истерический и мозаичный – по 5,0%. В клинической группе в отличие от предыдущей имелись различия в зависимости от пола. Так, среди мужчин неустойчивый тип отмечен у 69,7%, возбудимый – у 11,8%, истерический – у 10,5%, шизоидный,

гипертимный и мозаичный – по 2,6%, тогда как среди женщин лидировал истерический тип – 72,2%, доля неустойчивого составила 22,2%, мозаичного – 5,5%.

Обращает на себя внимание, что в популяционной совокупности подростков с АП доля гипертимных типов почти в три раза превосходила таковую среди наблюдаемых наркологами. Объяснить это можно тем, что под наблюдением наркологов находятся подростки преимущественно с неблагоприятным типом течения АП, характеризующиеся социальной дезадаптацией, тогда как гипертимные подростки лучше социализированы и проявления АП у них не носит brutального характера. Таким образом, у подростков АП в наибольшей степени соотносится с гипертимным (особенно у девушек) и неустойчивым типом личности у лиц обоего пола, а состояния зависимости у мужчин с неустойчивым, а у женщин - с истерическим. Эти данные в целом соответствуют результатам, полученным отечественными исследователями (Личко А.Е., 1977; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; «Выявление групп риска ...», 2001) и свидетельствующими о повышенном риске приобщения к наркотикам гипертимных подростков, в то время как повышенный риск формирования наркоманической зависимости отмечался у подростков с неустойчивым и истерическим типом психопатий и акцентуаций характера.

Можно предположить, что склонность гипертимных подростков к употреблению ПАВ обусловлена их активностью, стремлением испытать все новое, незнакомое. Основным мотивом потребления ПАВ для них является гедонистический (в том числе любопытство). Употребление ПАВ происходит чаще на фоне повышенного настроения и не связано с желанием компенсировать душевный дискомфорт, что отличает их от подростков с неустойчивым типом личности. Алкоголизация и наркотизация для гипертима представляют один из многих способов получения удовольствия, которые они способны реализовать в силу своей высокой активности. Они редко напиваются до выраженного опьянения, тем более не делают этого осознанно, и, удовлетворив свой “исследовательский интерес”, могут отказаться от наркотиков и алкоголя или, по крайней мере, сократить частоту выпивок.

В отличие от гипертимов, неустойчивый подросток часто употребляет ПАВ под давлением среды (субмиссивный мотив), боясь показаться «белой вороной» в значимой для него группе сверстников. Он не умеет, а часто и не хочет, отказаться от предложения употребления ПАВ, которые позволяют ему преодолеть скуку, возникающую из-за неумения организовать свой досуг, а также компенсировать ощущение своей неполноценности (детензивный мотив). Нередко они напиваются сознательно до выраженного опьянения, чтобы снять эмоциональное напряжение, которое у них легко возникает на фоне простых житейских трудностей. Не обладая достаточной энергией для альтернативных способов самоутверждения, они выбирают самый простой и доступный – алкогольное опьянение или одурманивание другими ПАВ. По этим причинам им гораздо труднее, чем гипертимам, отказаться от продолжения употребления ПАВ, что в конечном итоге приводит их к формированию зависимости.

Истерический тип личности, наряду с такими чертами, как демонстративность, эгоизм, эгоцентризм, капризность, лживость, обладает также признаками личностного инфантилизма, которые определяют нарушение эмоционально-волевой регуляции. Употребление ПАВ предоставляет истерической личности шанс “вырваться из толпы”, продемонстрировать свою исключительность. С другой стороны, имеет место механизм подражания. Несоответствие амбиций на общественное признание и способностей для их удовлетворения так же, как и у неустойчивого типа, ведет к дискомфортным душевным переживаниям, которые могут быть облегчены приемом ПАВ. Таким образом, этот тип личности характеризуется многоаспектной мотивацией употребления ПАВ. К основным ее видам относятся: протестно-демонстративная, субмиссивная, гедонистическая и детензивная. Высокая частота встречаемости истерического типа личности среди девушек, страдающих химической зависимостью, не может быть объяснена, по нашему мнению, одной лишь большой распространенностью этого типа среди женского пола. Существует устоявшаяся точка зрения о неблагоприятном течении наркологических заболеваний при истерическом типе личности. В последние годы, однако, у юношей, страдающих химической зависимостью, этот тип личности диагностируется все реже. Возможное объяснение заключается в том, что злоупотребление ПАВ в настоящее время уже не несет в себе признака исключительности для юношей, в то время как для девушек оно все еще остается неординарной формой поведения.

Отдельного рассмотрения заслуживает тема антиципационной несостоятельности подростков, злоупотребляющих ПАВ. Антиципация (от латинского *anticipatio* - предвосхищение), которая, согласно психологическому словарю (Психология. Словарь., 1990) определяется как способность «... предвидеть развитие событий, явлений, результатов работы», в последние годы изучалась в аспекте неврозогенеза. Антиципационная несостоятельность рассматривается как существенная часть преморбидных особенностей «потенциального невротика». Согласно антиципационной теории неврозогенеза, «... личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные» (Менделевич В.Д., 1999).

Антиципационная несостоятельность у подростков, злоупотребляющих ПАВ, характеризовалась прежде всего неспособностью предвидеть негативные последствия своего пристрастия.

Можно предположить, что отрицание возможных последствий употребления ПАВ относится к проявлениям психологической защиты, в частности в виде таких ее вариантов, как проекция (перекладывание ответственности за употребление ПАВ на окружение), генерализация (в виде явного преувеличения размеров наркотизации в подростковой популяции - “все нюхают или колются”), рационализация (попытка доказать безвредность или даже полезность эпизодического употребления наркотиков) или отрицание. Эти наиболее часто встречающиеся механизмы, используются подростками в разных ситуациях, а иногда применяются одновременно.

Однако одной лишь психологической защитой, объяснить указанный феномен невозможно. Кроме того, антиципационная несостоятельность проявляется у этих подростков и в других сферах деятельности. В частности, они в отличие от своих благополучных в наркологическом отношении сверстников плохо себе представляют свое будущее, практически не усваивают чужой опыт, ориентируясь больше на личный, и склонны «дважды наступать на одни и те же грабли».

Для них типичны такие самоописания: «Первый раз понюхал героин и испытал необычайное наслаждение. Потом был перерыв две недели. В это время чувствовал себя хорошо, не было ни «ломки», ни тяги. Решил попробовать еще раз и опять не почувствовал зависимости. Тогда стал употреблять его чаще ... Спустя некоторое время не смог достать «дозу» и появилась «ломка»».

Характерно, что антиципационная несостоятельность распространяется преимущественно на личный опыт, в то время как общественные явления, не относящиеся лично к ним, они могут оценивать вполне адекватно. Так, один из подростков, страдающий токсикоманией ЛОВ, в разговоре о том, какую семью он хочет создать, сообщил, что он предпочел бы иметь дочерей, поскольку, в отличие от мальчиков, девочки реже злоупотребляют ПАВ, которые наносят вред здоровью. Одновременно он отрицал, что наносит вред собственному здоровью тем, что нюхает растворители («последствий не чувствую»). Соглашаясь, что необходимо наказывать взрослых, спаивающих несовершеннолетних, он возражал против наказания тех «мужиков», которые налили ему стакан самогона, когда ему было 11 лет («они же мне хорошо сделали, было весело»). В силу этих причин можно говорить об эгоцентрическом варианте антиципационной несостоятельности.

Обследование больных наркоманией создает первоначальное впечатление наличия изменений личности почти во всех случаях. Традиционный набор таких качеств, как скрытность, настороженность, лживость, вне зависимости от преморбидных личностных особенностей, делает их похожими друг на друга. Да и сами больные, сохранившие хотя бы частичную критику к болезни, признают наличие таких изменений. Вот что рассказал нам один из подростков, госпитализированный в наркологическую больницу: «У наркомана меняется мировоззрение. Если раньше, приходя в гости, я видел в серванте золотые украшения, то они меня не интересовали. Теперь же я их не могу спокойно видеть, голова сама поворачивается, а руки сами тянутся взять. Стыдиться за это и угрожать бесполезно ... Пока есть деньги и наркотики, среди наркоманов у тебя будет много друзей, будут тебе рады, станут называть братом ..., но дружба кончается вместе с деньгами и наркотикам. Другой больной заметил: « У наркомана нет друзей».

Однако вызывает сомнение, что вышеизложенное можно рассматривать как доказательство личностных изменений, которые должны рассматриваться как стойкие новые качества личности, сохраняющиеся, несмотря на ремиссию. Мы полагаем, что те феномены, которые традиционно обозначаются как изменения личности (заострение преморбидных черт, морально-этическое

снижение и др.) на самом деле относятся к проявлениям генерализованной формы влечения к наркотику. В.Б.Альтшуллер (1994), описывая генерализованную форму ПАВ, отмечает, что она тесно спаяна с личностью больного, формирует его убеждения, относящиеся к алкогольной сфере, до уровня сверхценных идей. То же самое, но еще в большей степени, должно быть свойственно больным наркоманией.

На быстрое формирование изменений личности при раннем алкоголизме обращал внимание В.В.Ковалев (1995), отмечая при этом, что они являются «... частично или даже полностью обратимыми после прекращения употребления алкоголя».

Характерно, что лживость больных, их демонстративное поведение, оцениваемые как истерические феномены, как правило, не выходят за рамки “наркоманической мотивации”. Обследование больных в период устойчивой ремиссии показывает отсутствие этих расстройств.

В пользу предлагаемой гипотезы говорит и то, что описываемые «изменения личности» появляются слишком быстро, в частности при опийной (особенно героиновой) наркомании – через несколько месяцев, когда токсическое воздействие наркотика еще не может привести к органическим последствиям для головного мозга. Наш опыт показывает, что исследование интеллекта больных наркоманией при помощи таблиц Равена в период купирования абстинентного синдрома и вскоре после него может создать ложное впечатление глубокого снижения интеллекта. Однако на самом деле ошибки при выполнении теста в большей мере обусловлены истощаемостью психических процессов и нарушением внимания, а также слабой мотивировкой на достижение результата, в пользу чего говорит быстрый темп выполнения задания (все больные успевали сделать его за отведенные 20 минут и даже быстрее).

Вышеизложенные утверждения соотносятся с результатами исследований А.А.Козлова, Т.С.Бузиной (1999), выявившими значительные колебания показателей личностных характеристик (оцениваемых по методике СМИЛ) и показателя IQ (по методу Равена) на протяжении ремиссии у больных наркоманиями.

Таким образом, диагностика изменений личности у больных наркоманией возможна лишь при длительном динамическом наблюдении, включающим в себя период устойчивой ремиссии.

Вслед за И.Ю.Лавкай, А.А.Александровым (1992) мы проанализировали подростков клинической группы с позиций наркоманической и криминальной субкультуры приобщения к наркотикам. К криминальной субкультуре были отнесены подростки, имевшие в преморбиде девиантное поведение, наличие устойчивых отношений с асоциальными личностями и явную симпатию к криминальному образу жизни. Как правило, их речь характеризовалась уголовным жаргоном, они бравировали наличием криминальных эпизодов, демонстрировали знание законов уголовного мира. Так, один пятнадцатилетний подросток, характеризуя свою роль в коллективе, назвал себя «смотрящим за двором», всем окружающим, в том числе и родственникам, заявлял, что не боится возбужденного против него

уголовного дела, поскольку даже если попадет в тюрьму, то его друзья «напишут маляву» и ему будет обеспечена «хорошая жизнь».

Оказалось, что криминальной группе можно было отнести 25,3% юношей и 5,5% девушек. По сравнению с наркоманической в этой группе была более высокой доля ПХФЛ (71,4% против 34,2%, $p < 0,001$) и не встречался гармоничный тип личности. Отмечалась также тенденция (хотя и не достигавшая статистической достоверности) к росту доли возбудимого типа личности.

3.5. Особенности эмоционального реагирования

По специально разработанному опроснику, отражающему частоту проявления эмоций (см. приложение), нами были опрошены респонденты из трех исследованных групп. Оказалось, что положительные чувства больные зависимостями испытывают реже, чем подростки контрольной группы, а отрицательные – несколько чаще.

Группа АП занимала промежуточное положение. Так, чувство нежности в контрольной группе часто испытывают 85,3% респондентов, в группе АП – 61,7%, а в клинической – 51,9% (все различия достоверны). Чувство благодарности и радости также чаще испытывают подростки контрольной группы (соответственно 93,8% и 96,9%), чем клинической (соответственно 78,2% и 70,5%, различия между группами достоверны). Скуку подростки групп АП и клинической испытывают чаще, чем контрольной (соответственно 36,7% и 44,2% против 18,8%, $p < 0,05$), что соответствует представлениям об этой эмоции как о факторе, способствующем приобщению к ПАВ. Значительная часть подростков контрольной группы (59,4%) часто испытывает тревогу, тогда как в группе АП их доля значительно снижается (34,7%, $p < 0,05$), а в клинической несколько возрастает (42,9%, $p > 0,05$). Аналогичная тенденция характерна также для чувства стыда: в контрольной группе – 34,4%, в группе АП – 15,4% ($p < 0,05$), в клинической – 34,2% ($p < 0,05$). Близкая картина наблюдается в отношении чувства вины и тревоги, хотя различия между группами не достигают статистически достоверных значений. В клинической группе, по сравнению с контрольной, отмечается рост таких отрицательных эмоций, как гнев, отвращение и зависть, однако различия не достигают статистически значимой достоверности.

Таким образом, по мере развития зависимости отмечается динамика в сторону уменьшения положительных эмоций и роста отрицательных. Динамика таких эмоций, как стыд, вина и тревога, свидетельствует о том, что на начальном этапе приобщения к ПАВ они играют псевдокомпенсаторную роль в отношении отрицательных эмоций, а на этапе зависимости происходит срыв этих механизмов. Характерно, что наиболее ярко эта тенденция проявляется в отношении стыда и в меньшей степени в отношении вины и тревоги. Видимо, вина и тревога, как чувства, более спаянные с личностью и глубинные, труднее поддаются наркотизирующему действию. Влияние алкоголя на чувство стыда (но не вины) отражено в поговорках («Залить стыд вином») и художественной литературе («Я пью, потому что мне стыдно» – фраза, вложенная А.Сент-Экзюпери в уста пьяницы).

Не смогли ответить на вопрос о частоте эмоций 1,0% подростков контрольной группы, 3,9% – группы АП и 6,7% – клинической (различия

между всеми группами достоверны). Это распределение соотносится с результатами определения уровня алекситимии: если в контрольной группе в зоне нормы находились 46,4%, то в клинической – 24,5% ($p < 0,05$), а в группе АП – 36,1% ($p > 0,05$).

3.6. Специфика самооценки

Самооценка изучалась по модифицированной шкале Дембо-Рубинштейн. Она включала в себя 9 шкал, отражающих наиболее актуальные для подросткового возраста характеристики (внешность, интеллект, честность, трудолюбие, доброта, счастье, уверенность в себе, общительность, здоровье). Оценивались четыре позиции (образа): «Я – реальное», «Я – идеальное», «Я – в глазах окружающих», «Я – презентуемое» («Каким я стараюсь казаться в глазах других»). Каждому образу давалась усредненная оценка: в следующих градациях, снижена, в пределах нормы, повышена, резко повышена и неравномерная. Для последней были характерны резкие колебания по разным шкалам, не позволявшие дать усредненную оценку. В качестве подростковой нормы были приняты критерии, предложенные Л.З.Вильдовской (1999):

Результаты исследования самооценок отражены в табл. 7. Анализ динамики изменений «Я-реального» показывает, что по мере нарастания аддикции происходит увеличение доли сниженной самооценки: так в контрольной группе ее доля составила лишь 6,1%. тогда как в клинической – 23,3% ($p < 0,001$). Значительное повышение доли неравномерной самооценки происходит уже в группе АП – 45,8% против 24,9% в контрольной группе ($p < 0,01$), одновременно снижается доля нормальной самооценки: с 51,9% в контрольной до 28,8% в группе АП ($p < 0,001$).

Образ «Я – идеального» имеет гораздо больше общего между группами: почти равномерно он разделяется между тремя основными градациями - нормальной, повышенной и резко повышенной. Вместе с тем и здесь неравномерная самооценка чаще встречается в группах АП (18,1%) и клинической (20,9%) по сравнению с контрольной (7,2%, $p < 0,05$).

Анализ образа «Я в глазах окружающих» показывает, что в целом подростки всех групп полагают, что окружающие их оценивают несколько лучше, чем они оценивают себя сами (по сравнению с «Я – реальным» уменьшается доля сниженной оценки, повышается доля нормальной), хотя различия показателей не достигают степени статистической достоверности. Межгрупповое различие сходно с описанием «Я – реального», то есть по мере усугубления аддикции снижается доля нормальной самооценки и возрастает - сниженной и неравномерной.

Как и следовало ожидать, анализ образа «Я – презентация» («Каким я стараюсь выглядеть в глазах окружающих») показал, что подростки всех групп стремятся выглядеть в глазах окружающих лучше, чем они оценивают себя сами. В наибольшей степени разрыв между «Я – реальным» и «Я – презентацией» характерен для клинической группы: так, резко уменьшается доля сниженной самооценки – с 23,3% до 1,2% и возрастает доля резко повышенной – от 0% до 14,1% ($p < 0,01$). В целом же подростки всех групп стремятся выглядеть «одинаково хорошо».

Исключение составляет неравномерная самооценка в клинической группе, доля которой остается заметно больше, чем в контрольной (соответственно 27,1% против 9,6%, $p < 0,01$). Неравномерная самооценка формируется в клинической группе в значительной степени за счет стремления выглядеть менее успешным по отдельным шкалам и сверхуспешным по другим. Так, например, один из респондентов хотел выглядеть менее умным, чем на самом деле, поскольку «с глупого спрос меньше», другой хотел выглядеть менее счастливым, «чтобы пожалели». Одновременно по другим шкалам наблюдалось резкое повышение самооценки.

Представляет интерес изучение соотношения четырех видов самооценок, которое может быть гармоничным или дисгармоничным. Под гармоничным соотношением понимается следующее: образ «Я в глазах окружающих» и «Я-презентация» не слишком отрываются от образа «Я – реальное», при этом показатели «Я – презентации» могут быть несколько выше. Показатели «Я – идеального» превосходят все остальные, но разрыв между ними не слишком велик, что предполагает реальность достижения этого образа.

Основные варианты дисгармоничного взаимоотношения самооценок могут быть следующими. Во-первых, слишком большое расхождение «Я – реального» и «Я – идеального», что делает последнее недостижимым и ведет к фрустрации. Во-вторых, «Я – презентация» превышает «Я – идеальное» или совпадает с ним, что обозначает слишком большую ориентацию респондента на создание имиджа благополучия. Третьим вариантом является слияние «Я – реального» и «Я – идеального», что, с психологической точки зрения, исключает возможность личностного роста.

Оказалось, что доля гармоничной самооценки в контрольной группе (57,3%) превосходит таковую в группе АП (20,4%, $p < 0,001$) и клинической (21,0%). В то время как вариант «слияния» достоверно реже встречается в клинической группе (2,6%) по сравнению с группой риска (18,6%, $p < 0,001$) и контрольной (10,7%, $p < 0,05$).

Лонгитудное исследование показало, что в контрольной группе по мере взросления происходила гармонизация образа «Я – реальное» и «Я – идеальное» соответственно у 11,7% и 7,1% подростков, в то время как в группе АП неадекватная самооценка оставалась на прежнем уровне или усугублялась.

Следовательно, можно предположить, что дисгармоничное соотношение самооценок изначально характерно для лиц, злоупотребляющих ПАВ. Последнее же способствует еще большему нарушению самооценки, а формирование зависимости уменьшает долю идеальных представлений о себе («слияния» самооценок).

Значительное преобладание неустойчивого личностного радикала, алекситимия, антиципационная несостоятельность, особенности самооценки свидетельствуют о наличии признаков инфантилизма у зависимых подростков. Действительно, клиническое обследование позволило диагностировать психический инфантилизм у 22,3% подростков группы АП и 59,3% в клинической группе.

3.7. Девиантное поведение

Н.Н.Иванец и М.А.Винникова (2000) рассматривают девиантное поведение как одно из проявлений изменения личности, при этом к 16-летнему возрасту криминальные действия определялись почти у половины больных.

Наше исследование показало, что девиантное поведение, как и следовало ожидать, чаще регистрировалось по сравнению с контрольной в группах АП и клинической. Так, в контрольной группе оно отмечено у 11,7% мальчиков и 5,6% девочек. В основном это были различные дисциплинарные нарушения в школе. Гораздо реже, и только у лиц мужского пола, встречались более серьезные нарушения, повлекшие за собой приводы в милицию (2,0%) и учет в ИДН (0,4%). В группе АП девиантное поведение отмечено в 2 раза чаще (у мальчиков – 24,2% и у девочек – 11,5%), значительно чаще встречались подростки, имевшие приводы в милицию (соответственно 15,1% и 3,8%) и состоящие на учете в ИДН (2,7% мальчиков). В клинической группе все подростки характеризовались нарушением поведения.

Лонгитудное исследование показало, что на протяжении катamnестического периода усугубление девиантного поведения произошло у 38,4% подростков из группы АП и только у 9,1% из контрольной ($p < 0,01$).

Криминальные действия, то есть подпадающие под уголовный кодекс, были изучены при клиническом обследовании в группе АП и клинической. Оказалось, что еще до приобщения к ПАВ подростки обеих групп характеризовались вовлечением в криминал: соответственно 12,5% и 27,0%. В период АП доля таковых повышается до 19,4%, а при формировании зависимости – до 84,3% ($p < 0,01$). Если в группе АП характер криминальных действий в равной мере распространялся на хулиганство, корыстные и насильственные действия, то в клинической с самого начала лидировали корыстные преступления (2/3).

Малое число клинических наблюдений не позволяет провести сравнительный анализ между группой АП и клинической по таким параметрам, как мотивация криминальных действий, их повторность и юридические последствия. В клинической же группе мотивация была представлена следующим образом: случайные, средовые до приобщения к ПАВ – 30,0%. на этапе формирования зависимости – 9,1% ($p < 0,05$), ситуационно-конфликтные – соответственно 16,7% и 9,1%, эгоцентрические – 10,0% и 1,1%, удовлетворение личностных потребностей – 23,3% и 69,3% ($p < 0,05$), корыстные – 20,0% и 11,4%. Сравнение абсолютных чисел показывает, что процентное перераспределение произошло почти исключительно за счет роста мотивации удовлетворения личностных потребностей – добывания денег на приобретение ПАВ.

Хотя асоциальные действия совершались в группе, но субмиссивные мотивы не играли ведущей роли. Каждый из участников имел в виду свои корыстные интересы – достать деньги для приобретения наркотиков. Полученные нами данные несколько расходятся с результатами исследований Н.Н.Иванца и М.А.Винниковой (2000), указывающими на другие преобладающие мотивации криминальных действий подростков, больных наркоманией: «от нечего делать», «за

компанию», «желание развлечься». Мы полагаем, что последние характерны скорее для подростков с аддиктивным поведением.

Рост криминальных действий происходит в основном за счет повторных деликтов (в 3,2 раза), тогда как однократные увеличиваются в 1,25 раза. Это свидетельствует об устойчивости стереотипов криминального поведения. Их жертвами до начала АП являлись в первую очередь сверстники – 47,0% (в равной мере знакомые и незнакомые), реже – другие незнакомые лица – 38,3%, учреждения – 11,8% и родственники – 2,9%. В период формирования зависимости структура жертв несколько менялась: основным объектом становились другие незнакомые – 57,7% ($p < 0,01$), доля сверстников уменьшалась до 20,6% ($p < 0,01$), впервые объектом преступлений становились другие знакомые – 12,4%, доля учреждений и родственников существенно не менялась (соответственно 6,2% и 3,1%).

Такая динамика объясняется, прежде всего, структурой преступлений, среди которых на первый план в период формирования зависимости выходят кражи. Поскольку к этому времени ближайшее окружение оказывается достаточно информировано о риске криминала со стороны больного, то объектом краж становится имущество незнакомых лиц (воровство из квартир, автомобилей, карманные кражи).

3.8. Приобщение к алкоголю

Из числа обследованных ни разу не пробовали спиртные напитки 38,7% мальчиков и 21,3% девочек 12 лет, в возрасте 13 лет это соотношение составило соответственно 27,9% и 19,8%, 14 лет – 9,6% и 15,3%, в возрасте 15 – 17 лет средний показатель составил у юношей 3,4%, у девушек 4,4%. Из приведенных данных видно, что по вовлеченности в употребление алкоголя мальчики 12 – 13 лет несколько «отстают» от девушек (однако различия не достигают статистической достоверности). Из общего числа подростков контрольной группы трезвенниками были 24,1% мальчиков и 17,1% девочек ($p < 0,05$). Возраст алкогольной инициации рассматривается во многих работах с точки зрения фактора риска развития зависимости.

Как видно из табл. 8, приобщение к алкоголю происходит приблизительно в одинаковом возрасте во всех трех группах. Наблюдается лишь незначительное отставание девушек от юношей контрольной группы в возрасте до 10 лет (11,6% против 27,3%, $p < 0,05$). Кроме того, все подростки клинической группы, в отличие от остальных, приобщились не позднее 15 лет, тогда как в контрольной группе впервые попробовали алкоголь в возрасте 16-17 лет 3,5%, а в группе АП – 1,8%. Средний возраст приобщения к алкоголю составил в контрольной группе – $11,7 \pm 2,2$ лет, в группе АП – $11,6 \pm 2,2$ лет, в клинической – $12,2 \pm 2,1$ лет.

Согласно полученным нами данным, в 1991-1992 годах (Худяков А.В., 1994) средний возраст приобщения к алкоголю составил 12,7 лет у мальчиков и 14,0 лет у девочек, что свидетельствует о снижении возрастного порога приобщения к алкоголю среди девочек.

Как следует из обзора литературы, дефиниция мотивов употребления ПАВ на донозологическом этапе представляет собой значительные

трудности. Так, А.В.Волков, В.Ф.Мельников, С.В.Амелина (2002) к мотивациям, связанным с уходом от депрессивных переживаний, относят стремление «испытать чувство радости», что отражает скорее гедонистический мотив и не обязательно связано с понижением настроения. Мотивы употребления ПАВ были разделены нами на пять основных групп: гедонистический (включающий в себя любопытство), субмиссивный, коммуникативный, детензивный и протестно-демонстративный. Субмиссивный мотив был представлен не насильственным принуждением, а конформным следованием традициям микросоциального окружения. Коммуникативный мотив (или употребление «за компанию»), по нашему мнению, не является самостоятельным. В данном случае речь идет либо о снятии чувства дискомфорта, стеснительности, либо о групповом давлении, однако разделение по этому критерию достаточно затруднительно, тем более, что одновременно могут присутствовать оба мотива. Табл. 9 отражает распределение мотивов приобщения к алкоголю в трех исследованных группах. Юноши и девушки по распределению мотивов не различались.

Как видно из таблицы, имеется заметное сходство мотивов во всех группах. Однако доля субмиссивного мотива в клинической группе достоверно выше (34,9%), чем в группе АП (15,3), а доля детензивного мотива в клинической группе меньше (11,6%), чем в двух других (в контрольной – 29,7%, в группе АП – 33,3%). Следовательно, начальное приобщение к алкоголю в клинической группе относительно чаще происходит под влиянием внешнего давления, а в двух других – является следствием потребности снять эмоциональное напряжение.

Известно, что далеко не в каждом случае первая проба алкоголя заканчивается опьянением. Нередко приобщение ограничивается малой символической дозой, после которой может последовать довольно длительный перерыв. К группе АП ребенка можно отнести, как правило, только после первого испытанного опьянения.

Первое алкогольное опьянение, как и следовало ожидать, регистрировалось в несколько более позднем возрасте, чем первая проба алкоголя (табл. 10). Подавляющее большинство всех случаев (3/4) падает на возраст от 12 до 15 лет. В отличие от первой пробы алкоголя, здесь практически отсутствуют различия между юношами и девушками, но сохраняется некоторое отставание контрольной группы от группы АП и клинической: на возраст 16 – 17 лет приходится соответственно 14,2% против 5,2% и 4,3% ($p < 0,05$). Средний возраст первого опьянения составил в контрольной группе $13,7 \pm 1,9$ лет, в группе АП – $13,8 \pm 1,7$ лет, в клинической – $12,9 \pm 1,9$ лет.

Таким образом, можно предположить, что сам по себе возраст приобщения к алкоголю и первого опьянения не оказывает существенного влияния на риск АП и формирование зависимости. Хотя девушки контрольной группы приобщаются к алкоголю несколько позднее юношей, однако алкогольное опьянение испытывают в том же возрасте, а трезвенниц среди них несколько меньше. Вместе с тем, в группу риска они попадают гораздо позднее юношей.

Лонгитудное исследование показало, что учащение опьянений наблюдается у 65,8% подростков группы АП и только у 27,7% в контрольной группе ($p < 0,05$).

Как и следовало ожидать, первое опьянение подросткам контрольной группы доставляло удовольствие реже, чем группе АП: 31,9% против 55,5% ($p < 0,01$). Подростки клинической группы в этом отношении находились как бы посередине между двумя предыдущими группами – 44,5%, не имея с ними достоверных различий. Это может объясняться тем, что клиническая группа преимущественно состояла из больных наркоманией, первое алкогольное опьянение которых оказалось «зашторено» последующими наркотическими опьянениями и не оставило такого яркого воспоминания у подростков группы АП, где употребление алкоголя резко преобладало над наркотиками.

Подростки контрольной группы, прошедшие алкогольную инициацию, крайне редко напивались до выраженного опьянения, в этих случаях у них на длительный срок возникало отвращения к алкоголю. В противоположность этому, подростки, злоупотребляющие ПАВ, очень часто испытывали передозировки, при этом отвращение к алкоголю у них не возникало. Они не испытывали также чувства вины и сожаления по этому поводу, а только удивления, а юноши этим могли даже бравировать.

Подростки употребляли весь спектр существующих спиртных напитков. В группе АП лидирующую позицию заняло сочетание пива и крепких напитков – 31,4%, по отдельности пиво, крепкие напитки, а также сочетание пива и самогона предпочитает по 17,1%, вино употребляют 5,7%, самогон 2,9%, другие сочетания – 8,6%. Несколько иной была картина употребляемых напитков в клинической группе: только пиво предпочитали 34,0%, пиво и самогон – 20,6%, один самогон – 13,4%, крепкие напитки – 10,3%, пиво с крепкими напитками – 7,2%, вино – 5,2%, суррогаты – 1,0%, другие сочетания – 8,2%.

Таким образом, самым популярным алкогольным напитком обеих групп является пиво: в группе АП его употребляют 65,6%, в клинической – 61,8%. уменьшение доли употребляющих сочетание пива с крепкими спиртными напитками в клинической группе и увеличение доли употребляющих только пиво можно объяснить тем, что больные наркоманией предпочитают легкие алкогольные напитки, которые используют для усиления эйфории и для купирования наркоманического АС.

3.9. Приобщение к наркотическим и токсическим веществам Возраст приобщения к наркотическим и токсическим веществам рассматривается только в группах АП и клинической, поскольку в контрольной употребление этих веществ было единичным явлением.

Как видно из табл. 11, возраст наиболее интенсивного приобщения к наркотическим и токсическим веществам в обеих группах – 13-16 лет. Средний возраст по этому показателю практически совпадает со средним возрастом первого алкогольного опьянения: в группе АП у юношей $13,8 \pm 1,9$ лет, у девушек – $14,4 \pm 1,5$ лет, в клинической группе соответственно $13,6 \pm 1,7$ лет и $14,3 \pm 1,2$ лет.

Первичная мотивация приема наркотических и токсических веществ оказалась одинаковой как у юношей, так и у девушек. Ведущими в группе АП оказались субмиссия – 47,1% и гедонизм (любопытство) – 43,1%, в единичных случаях встречались иные мотивы: замена спиртного, детензивный (снятие напряжения), протест и другие. В

клинической группе лидировали субмиссивные мотивы – 64,5%, реже – гедонизм – 31,3%, другие мотивы составили 4,3%. Следовательно, основным различием первичной мотивации приобщения к токсическим и наркотическим веществам между указанными группами является преобладание субмиссии в группе наркологических больных.

Отмечается весьма заметное различие мотивов приобщения к алкоголю и токсико-наркотическим веществам. Так, например, среди последних отсутствуют детензивные мотивы, имеющие существенное значение в приобщении к алкоголю. В то же время субмиссивные мотивы, являясь ведущими в приобщении к нарко-токсическим веществам, значительно меньшую роль играют в алкогольной инициации.

Суммарное число приемов наркотических и токсических веществ целесообразно рассмотреть подробно только для группы АП, поскольку в контрольной группе было всего 4 подростка, принимавших эти вещества несколько раз, а в клинической точный подсчет затруднителен. Каждый четвертый (23,0%) принимал наркотоксические вещества один раз, каждый третий (32,0%) – два раза, от шести до десяти раз – 9,0% и более десяти раз – 36,0%. Именно этот контингент попадает в зону максимального риска развития наркотоксикомании.

Как видно из табл. 12, имеются некоторые отличия в том, какое вещество употреблялось первым. Так, в группе АП каннабиониды резко преобладают над всеми остальными препаратами (70,8%), тогда как в клинической группе они используются лишь в половине случаев (53,8%, $p < 0,05$), обратная ситуация с ЛОВ, который применяется чаще в клинической группе (соответственно 33,0% против 16,7%, $p < 0,01$), тогда как доля героина одинакова в обеих группах. По мере формирования зависимости героин и ЛОВ становятся почти исключительно основными препаратами.

Если в группе АП за катемнестический период в основном применялся один препарат, очень редко – два, и лишь в исключительных случаях – три, то в клинической группе применение двух и более препаратов отмечалось у 71,4% больных, трех и более – у 42,9%, четырех и более – у 18,7%, пяти и более – у 6,6%, шести и более – у 3,3%, семи – у 2,2%, то есть каждая группа уменьшалась в геометрической прогрессии.

Использование того или иного препарата, за исключением ЛОВ, в большей степени определялось не установкой на получение конкретного эффекта, а наличием его на криминальном рынке и стоимостью. Поэтому не потребитель выбирал препарат, а препарат «выбирал» потребителя. К моменту обследования на наркотическом рынке установилась относительно стабильная ситуация преобладания героина. Хотя многие больные, имевшие опыт употребления других препаратов, отмечали их большую субъективную приятность, например, кустарно приготовленного опия, но были вынуждены использовать героин из-за простоты его приобретения.

Таким образом, наши исследования подтвердили распространенность среди подростков такого явления, как «викарная» наркотизация

(Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. и др., 1989; Энтин Г.М., Динеева Н.Р., Овчинская А.С., Кутузова Н.В., 1995).

3.10. Курение

Как известно, курение является одним из предикторов АП, однако его распространенность в различных группах подростков требует уточнения. Из числа подростков контрольной группы курили 15,0% юношей и 6,4% девушек, в группе АП соответственно 68,8% и 51,9% (различия с контрольной группой достоверны), в клинической группе курили все подростки. Таким образом, по мере усугубления зависимости происходит нивелирование гендерных различий по этому показателю. Возраст обследованных в период приобщения к курению представлен в табл. 13.

Средний возраст обследованных в период приобщения к курению составил в контрольной группе $12,6 \pm 2,6$ лет у юношей и $13,6 \pm 1,7$ лет у девушек, в группе АП соответственно $12,3 \pm 2,2$ лет и $13,5 \pm 1,7$ лет, в клинической группе - $11,5 \pm 2,3$ и $13,1 \pm 1,7$ лет. Как видно из табл. 13, присутствуют следующие тенденции: девушки приобщаются к курению несколько позднее юношей во всех группах, отсутствуют существенные возрастные различия в приобщении к курению между группой АП и контрольной, одновременно подростки клинической группы обоего пола приобщаются раньше, чем из двух других групп.

Лонгитудное исследование показало, что за катармнестический период в контрольной группе приобщились к курению 7,7% подростков, тогда как в группе АП - 22,7% ($p < 0,05$). Одновременно из тех, кто уже курил, каждый третий в группе АП стал курить больше, тогда как в контрольной такая тенденция не отмечена.

Особенности становления зависимости

Изучение темпа формирования зависимости представляет не только теоретический, но и практический интерес. Чем быстрее формируется зависимость, тем тяжелее дезадаптация и меньше времени для принятия профилактических мероприятий.

При рассмотрении сроков формирования зависимости все наркотические и токсические вещества объединены в одну группу, поскольку достоверных различий по этим показателям выявлено не было. К числу рассматриваемых ПАВ относятся в подавляющем большинстве случаев опиаты (героин), а также каннабиоиды, "винт" и ЛОВ. Вопреки существующим представлениям о медленном формировании зависимости при приеме каннабиоидов и ЛОВ, нами были выявлены достаточно короткие сроки (до 1 месяца) появления психической зависимости у 25% принимавших ЛОВ и более 50% принимавших гашиш.

Как видно из табл. 14, в подавляющем большинстве случаев (76,8%) АС развивался в течение первых трех месяцев от начала употребления наркотического или токсического вещества. В целом же, как и следовало ожидать, алкогольная зависимость формировалась медленнее наркоманической, однако сроки становления физической зависимости редко (20,0%) превышали 3 года.

Вместе с тем, временной показатель недостаточно точно отражает темп формирования зависимости, поскольку на начальном этапе могут

быть большие перерывы в приеме ПАВ, поэтому представляет интерес анализ числа приемов вещества до формирования физической зависимости. Здесь распределение было следующим: до 10 раз – у 22,6% больных, 10-30 раз – у 46,8%, 30-60 раз – 25,8% и свыше 60 раз – у 4,8%. Таким образом, физическая зависимость формируется в половине случаев в течение первого месяца ежедневной наркотизации и редко превышает два месяца. Максимальное число приемов до формирования физической зависимости было характерно для ЛОВ – во всех случаях не менее 40 раз.

Выявить сроки формирования зависимости удавалось не всегда. В некоторых случаях наркотизация быстро принимала регулярный характер, в связи с чем абстинентный синдром клинически долго не проявлялся, каждый раз купируясь очередной дозой наркотика. Кроме того, подростки не всегда правильно оценивали проявления абстинентного синдрома при нарко-токсикоманиях. В основном под абстинентным синдромом они понимали «ломку», наблюдаемую при опийной наркомании, тогда как другие проявления его, например, в виде депрессивных расстройств при наркомании, связанной с приемом стимуляторов, к данному состоянию ими не относились. Игнорировались также и начальные проявления опийного АС, обозначаемые на сленге как «кумар». Возможно, в силу этих причин распространено мнение об отсутствии физической зависимости при злоупотреблении каннабиоидами и ЛОВ. Вместе с тем, углубленный распрос больных показал, что при токсикомании, обусловленной ЛОВ, также наблюдается синдром отмены, клинически проявляющийся головной болью, болью в животе, нарушением сна и некоторыми другими признаками. АС отличается от постинтоксикационного состояния так же и тем, что симптоматика в течение первых часов не ослабляется, а усугубляется и купируется повторным приемом препарата.

Описание симптоматики болезненной зависимости у подростков было затруднено вследствие ряда причин, к числу которых относится диссимуляция. Находясь в стационаре, многие больные наркоманией стремились ускорить выписку и поэтому приуменьшали клинические проявления, в то время как на этапе купирования АС они были склонны ее преувеличивать, с тем чтобы, например, избежать вовлечения в реабилитационные мероприятия, требующие активной работы.

Выявление симптоматики психического влечения в большей мере определяется не истинной клинической картиной, способностью подростков к описанию своего состояния. В литературе в основном отмечается преобладание в структуре психического влечения аффективного компонента (Игонин А.Л., 1992). Наш опыт показывает, что подростки, как правило, лучше описывают ассоциативный компонент влечения. Он проявляется навязчивыми воспоминаниями и представлениями. В первом случае возникают разной степени интенсивности воспоминания о субъективно приятных ситуациях употребления наркотиков с разной степенью яркости визуализации. Во втором случае происходило конструирование предполагаемых ситуаций употребления ПАВ. Больные предпринимали попытки сопротивления этим мыслям, возможно, поэтому на наркоманическом сленге обостряющийся ассоциативный компонент носит название «гонки».

Клиническая картина токсического и наркотического опьянения достаточно хорошо описана в литературе. В частности, при интоксикации ЛОВ описывается картина «мультиков», «сладкой жути». К имеющимся сведениям следует добавить, что клиническая картина этих состояний может быть условно разделена на три группы: псевдоонейроидную, псевдоделириозную и эйфорическую. Первые две были ведущими и встречались приблизительно с равной частотой, а иногда сочетались у одних и тех же больных. Первый вариант соответствует классическим описаниям появления визуализации представлений в виде «мультиков», характеризующихся по содержанию «сладкой жутью». При этом подросток моторно заторможен, галлюцинации проходят перед ним, как на экране. Второй вариант роднит с делирием то, что больной активен в поведении, живо реагирует на появляющиеся галлюцинации, которые не всегда соответствуют его желаниям. Так, на одного больного «набросился синий Дед Мороз», от которого он выбежал из помещения и некоторое время бегал по улице. Третий вариант встречался гораздо реже и был характерен для подростков, заменявших алкоголь более дешевыми средствами. В этом случае клиническая картина интоксикации исчерпывалась опьянением, похожим на алкогольное, с включением отдельных обманов восприятия.

Нам не удалось выявить тропизма этих вариантов интоксикации к каким-либо конкретным препаратам. Не было также и достоверных различий по их субъективной приятности. Видимо, большее значение имеет не химическая структура препарата, а тип реактивности подростка, наличие признаков органической церебральной неполноценности и др.

Как видно из табл. 15, в большинстве случаев АС характеризовался слабой или умеренной выраженностью, что было связано с небольшой давностью заболевания к моменту осмотра.

Соответственно этому, и продолжительность его при алкоголизме не превышала двух дней, а при опийной наркомании распределилась следующим образом: 1 день – 3,4%, 2 дня – 5,2%, 3 дня – 13,8%, 4 дня – 24,2%, 5 дней – 32,8%, 6 дней – 10,3%, 7 дней – 6,9%, 8 дней – 1,7%, 10 дней – 1,7%. Таким образом, в половине случаев продолжительность АС составляет 4-5 дней. Длительность АС при токсикомании не превышала 3 дней.

Толерантность является одним из важнейших симптомов диагностики наркологических заболеваний. Табл. 16 показывает непрерывный рост толерантности к спиртному от контрольной группы к группе АП и клинической. Однако подростки контрольной группы часто не знали своей толерантности и поэтому указывали то максимальное количество алкоголя, которое им приходилось когда-либо выпивать.

Для исключения влияния этого фактора были отобраны подростки 16-17 лет, которые в подавляющем большинстве имели хотя бы эпизодический опыт передозировки алкоголя. Кроме того, сравнение такой группы исключало влияние физиологического роста толерантности. Несмотря на некоторые изменения показателей, основные выводы остались прежними. Так, толерантность до 100 мл оказалась свойственной преимущественно подросткам контрольной

группы (62,1%) и очень редко отмечалась в группе АП (6,4%) и клинической (2,8%, $p < 0,001$). Толерантность от 100 до 200 мл в равной мере встречалась во всех группах, а толерантность свыше 300 мл была характерна для группы АП и клинической (соответственно 26,4% и 56,2% против 3,0% в контрольной группе, $p < 0,001$). Различия между группой АП и клинической наиболее ярко проявлялись при толерантности 400 мл и выше (соответственно 13,5% и 38,4%, $p < 0,001$).

Средний показатель максимальной разовой толерантности в пересчете на водку для 16-17-летних подростков составил в контрольной группе у юношей 139 ± 94 мл, у девушек - 89 ± 73 мл, в группе АП соответственно 286 ± 131 мл и 220 ± 92 мл, в клинической - 355 ± 152 мл и 286 ± 160 мл.

По данным В.В Макарова (1988), средние дозы алкоголя (разовая выпивка) у подростков-юношей увеличились со 185 мл в 1977 г. до 265 мл в 1985 г., тогда как у девушек практически не изменились (соответственно 105 и 95 мл). По данным А.Ю.Егорова (2001), подростки, употребляющие крепкие спиртные напитки, в среднем выпивают 160 мл абсолютного алкоголя, а пьющие пиво и др. напитки - 200 мл. Суточная толерантность не зависела от пола.

Лонгитудное исследование не выявило заметного роста толерантности к алкоголю в контрольной группе, тогда как в группе АП отмечен рост у 73,9%, преимущественно в 2 раза. В то же время клиническое обследование показало несколько иные результаты: в группе АП толерантность к алкоголю оставалась прежней у 62,9%, увеличилась в 2 раза у 11,4%, в 3 раза - у 8,6%. Эти расхождения связаны, возможно, с тем, что во втором случае начальная толерантность, а следовательно, и ее рост оценивались ретроспективно. В клинической группе толерантность к алкоголю осталась на прежнем уровне у 30,0%, увеличилась в 2 раза - у 25,8%, в 3 раза - у 31,2%, в 5-6 раз - у 15,1%.

Как и следовало ожидать, толерантность к токсическим и наркотическим веществам в группе АП существенно не менялась. Толерантность к опиатам в клинической группе почти у половины больных (45,7%) возросла в 10 раз и более, в 7-9 раз - у 26,1%, не изменилась - у 8,7%, а у остальных (19,6%) отмечался ее рост в 2-6 раз. Измерить рост толерантности к ЛОВ было гораздо труднее. Для этого выяснялось либо количество употребляемого агента за один раз и в течение суток, либо количество вдохов, приводящих в желаемое состояние. На основании изучения этих критериев оказалось, что толерантность оставалась на прежнем уровне у 27,7%, рост в 2 раза отмечался у 38,9%, в 3 раза - у 22,2%, в 4 раза - у 11,1%.

3.12. Обращение за помощью и особенности лечения

Распределение больных по возрасту первичного обращения представлено следующим образом: 12 лет - 1,0%, 13 лет - 7,0%, 14 лет - 15,0%, 15 лет - 15,0%, 16 лет - 16,0%, 17 лет - 45,0%. Таким образом, почти половина больных обращается не более чем за год до наступления совершеннолетия, в связи с чем вскоре после взятия под наблюдение подросткового нарколога они передаются во взрослое отделение.

Из числа обратившихся больных алкоголизмом давность злоупотребления алкоголем была следующей: 1 год – 21,4%, 2 года – 64,4%, 3 года – 7,1%, свыше 3 лет – 7,1%. Продолжительность злоупотребления ЛОВ была короче: 3-6 мес. – 11,1%, 6-12 мес. – 5,6%, 1 год – 38,7%, 2 года – 27,9%, 3 года – 11,1%, свыше 3 лет – 5,6%. Минимальные сроки имела продолжительность злоупотребления опиатами: до 3 мес. – 7,6%, 3-6 мес. – 6,1%, 6-12 мес. – 7,6%, 1 год – 34,7%, 2 года – 16,7%, 3 года – 12,1%, больше 3 лет – 15,2%.

Таким образом, подавляющее большинство больных обращается за помощью более чем 1 год спустя после начала злоупотребления ПАВ. Эти сроки являются достаточно поздними, особенно когда речь идет о наркотических веществах, зависимость от которых формируется в основном в течение полугода. Это связано не только с поздним выявлением окружающих факта злоупотребления ПАВ, но и с уклонением подростков от обследования у нарколога. В отдельных же случаях родители, зная о факте употребления ПАВ и сами не предпринимали активных действий по привлечению подростка к лечению, при этом ими на веру принимались утверждения об «эпизодическом употреблении наркотиков, которое не опасно». Одному из обследованных таким образом удавалось уклоняться от лечения почти год, регулярно употребляя при этом героин.

Вместе с тем, основная роль в первичном обращении за помощью принадлежит родственникам: матери – 51,9%, отцу – 5,9%, другим родственникам – 4,9%. Достаточно часто инициатором являются сотрудники милиции – 10,8%, реже в этой роли выступают педагоги (2,0%), врачи (2,0%), администрация других учреждений (2,0%), другие лица (1,0%). По собственной инициативе обратилось 19,5% подростков.

Наркологический диспансер является практически единственным учреждением, куда подростки могут обратиться за лечением наркологических заболеваний, поэтому 94,0% обследованных впервые обратились в наркологическую больницу. В единичных случаях больные обращались в психиатрическую больницу, к частнопрактикующим врачам и представителям нетрадиционной медицины.

Из числа обратившихся 83,3% сразу же были госпитализированы, а 16,7% получили первичный курс лечения в амбулаторных условиях. Все больные получали медикаментозное лечение, в том числе 21,6% в сочетании с индивидуальной психотерапией, 11,3% – в сочетании с групповой, 6,2% получили психологическое консультирование.

Продолжительность терапии в основном (89,3%) не превышала 4 недель. При этом у 21,2% от числа госпитализированных продолжительность пребывания на койке составила 1 неделю, у 18,8% – 2 недели, у 35,3% – 3 недели. Таким образом, каждый пятый больной госпитализировался только для купирования АС, а 40% от общего числа из-за недостаточной продолжительности лечения не смогли получить минимально необходимого курса лечения. Анализ отношения больных к лечению показал, что 59,7% достаточно регулярно выполняли лечебную программу, 31,3% выполняли ее нерегулярно и 9,0% от лечения отказались. Соотнесение сроков госпитализации и отношения к лечению показывает, что регулярное выполнение лечебной

программы совпадает с продолжительностью лечения не менее 3 недель.

61,8% госпитализированных находились в стационаре впервые, 27,7% – второй раз, 7,4% – третий, 1,1% – четвертый и 2,0% госпитализировались 5 раз и более.

Дополнительно к проведенному обследованию для получения большей полноты картины мы проанализировали истории болезни всех несовершеннолетних, госпитализированных в подростковый наркологический стационар за 12 месяцев, начиная с сентября 2000 года. По ряду причин в анализ не вошли подростки, пролеченные анонимно. Всего было изучено 127 человек в возрасте до 17 лет включительно (82,7% лиц мужского пола и 17,3% женского). В связи с отсутствием реанимационной палаты, больные с тяжелой интоксикацией госпитализировались в соматические больницы. Распределение госпитализированных по нозологическим формам отражено в табл. 17.

Ранее дети и подростки с наркологическими проблемами поступали преимущественно в психиатрическую больницу или на взрослое наркологическое отделение, вызывая заметные неудобства как для персонала, так и для самих подростков, что затрудняло их госпитализацию. Видимо, поэтому открытие отделения вызвало заметный приток впервые госпитализированных – они составили 72,4% поступивших. Каждый шестой из числа госпитализированных повторно лечился в данном отделении.

Если сравнить количество госпитализаций с числом состоящих под наблюдением у наркологов на конец 2000 года, то окажется, что это соотношение для злоупотребляющих алкоголем без признаков зависимости составит 1:590, для больных алкоголизмом – 1:1,9, для злоупотребляющих токсическими веществами – 1:57, для больных токсикоманией – 1:3,4, для злоупотребляющих наркотиками – 1:36, для больных наркоманией – 1:0,8. Превышение числа госпитализаций над числом наблюдаемых больных наркоманией объясняется повторными госпитализациями, а также тем, что часть госпитализированных к концу 2000 года по возрасту была переведена в группу взрослых, а некоторые из госпитализированных в 2001 году ранее не наблюдались.

В целом соотношение госпитализаций и числа больных, находящихся под наблюдением наркологов, достаточно предсказуемо: наиболее часто госпитализируются больные зависимостями, в первую очередь наркоманиями (почти каждый больной), затем алкоголизмом и токсикоманиями. Значительно реже в стационаре оказываются – злоупотребляющие ПАВ без признаков зависимости: здесь тоже на первом месте находятся потребители наркотиков, близко к ним – злоупотребляющие токсическими веществами, тогда как злоупотребление алкоголем является причиной госпитализации лишь в исключительных случаях.

Большинство госпитализированных (72,4%) проживало в областном центре, остальные – преимущественно в районных центрах, что отражает не истинную распространенность заболеваний (под наблюдением в Иванове больных зависимостями в два раза меньше, чем в остальных районах области), а затрудненный приток проживающих

вне областного центра в стационар. Характерно, что такое соотношение обеспечивалось преимущественно за счет больных наркоманией (81,0% – жители г. Иванова), тогда как доля ивановцев среди больных токсикоманией и алкоголизмом было значительно меньшим (соответственно 55,6% и 56,3%). Это можно объяснить большей доступностью героина в областном центре по сравнению с другими районами области.

Социальное положение госпитализированных было представлено следующим образом: учились в школах – 37,0%, сузах – 18,8%, вузах – 2,4%, работали – 1,6%, не уточнены сведения – 1,6%. Не работали и не учились 38,6% – преимущественно это были больные наркоманией в возрасте 17 лет. Видимо, к окончанию школы (часть их так и не получила законченного образования) эти больные оказались наиболее социально дезадаптированными.

Продолжительность пребывания в стационаре сильно варьировала – от 4 до 73 дней (в среднем 23 дня). Все больные получали медикаментозное лечение в соответствии с показаниями. В течение первых 5 месяцев после открытия отделения для купирования абстинентного синдрома широко использовалось внутривенное капельное введение солевых растворов, которое в дальнейшем было заменено пиротерапией. Эффективность лечения от этого не изменилась. Половина больных была включена в психотерапию (в основном индивидуальная, реже – групповая: рациональная, когнитивная, релаксационные методики, элементы арт-терапии).

Нередкими в отделении были нарушения режима (27,6%): самовольный уход, агрессия, отказ от лечения, попытки самовольного проноса лекарств и наркотиков. Выявляется отчетливая зависимость между вовлечением больных в психотерапию и снижением нарушений режима: в указанной группе нарушения встречались в 7,4 раз реже, чем у больных, получавших только медикаментозное лечение.

Известно, что основными «поставщиками» ВИЧ-инфекции являются больные наркоманией, использующие инъекционное введение. По данным Ивановского ОНД, больные наркоманией составляют 63,1% всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Все они страдали героиновой наркоманией. Следует заметить, что в ряде случаев больные выписывались из стационара, будучи не информированными о результатах анализов на ВИЧ, поскольку сведения поступали уже после выписки. Учитывая отсутствие у большинства больных четкой установки на последующее амбулаторное лечение, они уклонялись от посещения диспансера, в связи с чем не могли быть своевременно информированы об угрозе их здоровью. Показательно, что один из больных был госпитализирован в период ремиссии в связи с депрессивной реакцией, развившейся после того, как его информировали о положительных результатах анализа на ВИЧ.

Изучение продолжительности ремиссий было затруднено в связи с тем, что 32,3% больных имели короткий катамнез, не позволявший оценить ремиссию, от 7,8% не удалось получить достоверных сведений. Остальные же по продолжительности ремиссий распределились следующим образом: отсутствовала ремиссия у 56,2%, ремиссия продолжительностью 3 месяца наблюдалась у 8,7%, 4-6 мес. – у 29,8%,

7-12 мес. – у 3,5%, 1 год – у 1,8%. Таким образом, эффективность лечения в исследованном контингенте невысока и даже с применением самых мягких критериев, удовлетворительной (более 6 месяцев) ее можно назвать лишь только у 5,3%.

3.14. выводы к главе 3

Во-первых, важнейшими факторами приобщения к алкоголю и формирования зависимости являются отягощенная алкоголизмом наследственность, преморбидная органическая патология ЦНС и невротические (неврозоподобные) расстройства.

Во-вторых, возраст на момент приобщения к ПАВ и на момент первого алкогольного опьянения у подростков не играют существенной роли в формировании зависимости. Удовольствие от первого алкогольного опьянения чаще испытывают подростки из группы АП.

В-третьих, основным употребляемым спиртным напитком во всех группах является пиво (более половины опрошенных). В группе зависимых подростков отмечается рост употребления самогона и суррогатов.

В-четвертых, подростки характеризуются довольно сжатыми сроками формирования зависимости: при алкоголизме абстинентный синдром в подавляющем большинстве случаев появляется на третьем году злоупотребления, а при других ПАВ – на втором году; при героиновой наркомании эти сроки еще короче. При этом алкогольный и опийный (героиновый) АС характеризовались преимущественно средней выраженностью, а АС при других видах зависимости (преимущественно ЛОВ) – легкой.

В-пятых, как правило, больные обращаются за помощью спустя год и более от начала злоупотребления ПАВ, особенно при алкоголизме, при этом инициаторами обращения являются близкие родственники, тогда как врачи принимают в этом участие реже, чем работники милиции.

В-шестых, при первичном обращении большая часть больных имеет формальную установку на лечение и предпочитает выписаться из стационара после купирования АС.

В-седьмых, одним из важнейших факторов формирования установки на лечение и снижение нарушений больничного режима является психотерапия.

ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ.

4.1. Основные характеристики семьи

Роль семьи в формировании зависимости двоякая: с одной стороны, имеет значение биологический фактор - неблагоприятная наследственность, предопределяющая склонность к злоупотреблению ПАВ и быстрому формированию зависимости, с другой стороны, она опосредуется воспитанием и влиянием семейного сценария (по Э.Берну).

В наибольшей степени доля неполной семьи между группами различается у мальчиков: в контрольной группе 19,2%, в группе АП - 31,1%, в клинической - 48,9% ($p < 0,05$). У девочек неполная семья значительно чаще встречалась только в клинической группе (57,1%, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной (23,7%) и группой АП (21,3%). Указанные различия можно объяснить следующим образом: в неполной семье в большинстве случаев отсутствует отец, что в большей степени неблагоприятно сказывается на воспитании мальчиков и может способствовать их приобщению к ПАВ. В клинической группе играет роль не только психологический фактор воспитания, но и биологический - алкоголизм отца, оказывающий свое влияние независимо от пола.

Наше исследование подтвердило данные литературы о том, что в семьях аддиктивных подростков чаще наблюдается злоупотребление алкоголем, чем в контрольной группе. Оказалось, что наиболее различимой частотой употребления алкоголя между всеми группами являются выпивки один раз в неделю и чаще. Таковых семей было в контрольной группе 16,7%, в группе АП - 26,7%, в клинической - 44,8% (все различия достоверны). Для последних были характерны особенно частые выпивки: несколько раз в неделю - 39,5%.

Обращает на себя внимание, что доля неполных семей в среднем на 10% больше, чем доля семей с отсутствием партнера (в группе АП - 17,1%, в клинической - 33,7%), то есть последних было в среднем на 10% меньше. Это связано с тем, что после распада семьи (практически всегда это уход отца) мать находила себе нового партнера, которого подросток не воспринимал как лицо заменяющее отца, тем более, что эти партнеры нередко менялись. Вместе с тем, доля семей без партнера в клинической группе с появлением зависимости возрастает с 13,9% до 33,7% ($p < 0,01$).

Как видно из табл. 19, равноправные партнерские отношения в обеих группах являются достаточной редкостью еще до начала аддиктивного поведения (лишь каждая пятая-седьмая семья). Доминирующее положение в обеих группах на всех этапах занимают матери - в среднем в каждой четвертой семье. Ссоры и жестокость были характерны для обеих групп еще до приобщения подростков к ПАВ: в группе АП - 5,7%, в клинической - 24,8% ($p < 0,01$).

Показательно, что доминирование одного из родителей в половине случаев сопровождается одновременно напряженными или жестокими отношениями. Происходит прогрессирующее ухудшение партнерских отношений, особенно заметное в клинической группе, которое влечет за собой расторжение брака и отказ от партнерских отношений. Этот процесс характерен для тех семей, где отношения характеризовались как напряженные или жестокие. В результате доля таких семей имеет тенденцию к уменьшению на этапе АП.

Роль доминирующего отца неоднозначна: в группе АП доля таких семей несколько увеличивается (с 11,4% до 20,0%, $p>0,05$) а в клинической – снижается (с 18,8% до 8,9%, $p<0,05$). Этот процесс можно объяснить тем, что семьи клинической группы изначально дезадаптированы и характеризуются негативным влиянием отца (пьяницы и асоциального типа). Разумеется, что претензии его на лидерство не могут быть удовлетворены, что часто является причиной распада семьи. В группе же аддиктивного поведения роль отца более положительна, и его лидерство может носить конструктивный характер.

Семьи в зависимости от их социальности разделялись на три категории: просоциальные – соблюдавшие нормы общественной морали, асоциальные – грубо нарушающие ее, антисоциальные – привлекавшиеся к уголовной ответственности за нарушение закона. Группа АП была представлена первыми двумя категориями (соответственно 91,4% и 8,6%), клиническая группа – всеми тремя (соответственно 67,0%, 20,0%, 13,0%, различия между группами достоверны, $p<0,05-0,001$).

Неуважение к нравственным нормам и нарушенные взаимоотношения семей оказывают свое влияние на их стабильность. В клинической группе в половине случаев (49,5%) они были отнесены нами к нестабильным, тогда как в группе АП таковых было 17,8% ($p<0,001$). Таким образом формирование личности подростка, особенно в клинической группе происходит в условиях деформированной нравственной обстановки.

Семейное воспитание в группе АП и клинической группе имело существенные различия (табл. 20) еще до начала злоупотребления ПАВ: адекватное воспитание отмечено среди первых у 60,0% и только у 18,7% среди вторых ($p<0,01$).

Если в группе АП наблюдалось абсолютное преобладание гиперопеки (20,0%), то в клинической группе, по сравнению с первой, чаще встречалась гипоопека (32,3%, $p<0,001$) и маятникообразное воспитание (21,9%, $p<0,001$). По мере становления зависимости в клинической группе происходили изменения стиля воспитания: оно становилось все менее адекватным, увеличивалась доля гиперопеки (с 14,6% до 40,4%, $p<0,001$) за счет других типов воспитания. В группе АП достоверных различий в стиле воспитания не отмечалось. Следует отметить, что в клинической группе отмечались также различия в воспитании юношей и девушек, особенно заметные в период аддиктивного поведения: в качестве адекватного воспитания было оценено у 8,8% юношей и не зарегистрировано у девушек, для которых ведущим был тип гиперопеки (52,6%). Таким образом, воспитание оказывает свое влияние как на приобщение к ПАВ, так и на

формирование зависимости. Рост доли гиперопеки в клинической группе отражает попытки родителей противодействовать отклоняющемуся поведению подростков, причем в наибольшей степени такой подход характерен в отношении девушек, что отражает общественные представления о нормах воспитания девушек, для которых вводятся более строгие рамки поведения.

4.2. Взаимоотношения с окружающими

Взаимоотношения с окружающими являются важнейшей составляющей психологического благополучия личности. В связи с этим мы изучили удовлетворенность взаимоотношениями подростков с ближайшим окружением: родителями, сибсами, а также сверстниками и учителями (табл. 21).

Оказалось, что подростки контрольной группы в подавляющем большинстве удовлетворены своими взаимоотношениями с окружающими: матерью – 96,2%, сверстниками – 93,4%, отцом – 90,7%, сестрами – 87,3%, братьями – 85,8%, учителями – 82,9%. У подростков, злоупотребляющих ПАВ, отмечается снижение удовлетворенности отношениями с окружающими: в группе АП – с учителями, а в клинической – также с отцом и матерью. В отношении остальных объектов общения имеется динамика на увеличение доли неудовлетворенных, хотя различия не достигают статистической достоверности. В целом же рейтинг удовлетворенности взаимоотношениями меняется таким образом, что на первое место в группах АП и клинической выходят сверстники, а отец постепенно сдвигается на последнее.

Ретроспективная оценка и лонгитудное исследование показали, что на этапе АП отношения с ближайшим окружением практически не изменились. Из этого можно сделать вывод, что имеющие место различия между группами определяются факторами, возникшими до начала злоупотребления ПАВ. На этапе формирования зависимости произошло ухудшение отношений практически со всеми окружающими: в наибольшей степени с родителями и учителями, а в наименьшей – с сестрами и сверстниками.

Таким образом, взаимоотношения с окружающими (в первую очередь с родителями и учителями) оказываются наиболее чувствительны к проблемам, возникающим на этапе формирования зависимости.

Удовлетворенность взаимоотношениями в значительной степени определяется эмпатией, одной из сторон которой является откровенность. Исследование показало достаточно низкую откровенность подростков с окружающими. В контрольной группе достаточно откровенны (то есть обсуждают большую часть проблем) с матерью – 69,0%, со сверстниками – 40,2%, с сестрами – 37,3%, с отцом – 35,4%, с братьями – 26,8%, с учителями – 5,4%.

В отличие от удовлетворенности взаимоотношениями, характер изменений откровенности в группах оказался более выраженным и противоречивым. Так, в группе АП рейтинг откровенности приобретал следующий вид: сверстники – 50,9%, мать – 49,7%, сестры – 47,6%, отец – 26,4%, братья – 22,4%, учителя – 2,5%. В клинической группе он был представлен следующим образом: сверстники – 57,7%, мать – 48,9%,

братья – 46,5%, сестры – 20,0%, отец – 15,3%, учителя – 3,5%. Таким образом, откровенность с отцом снижается постепенно и достоверность различий проявляется в клинической группе ($p < 0,01$), откровенность с матерью падает на этапе АП ($p < 0,01$) и при формировании зависимости остается на прежнем уровне, откровенность с братьями не меняется на этапе АП и возрастает на этапе зависимости ($p < 0,01$), откровенность с сестрами несколько увеличивается на этапе АП и затем снижается на этапе формирования зависимости ($p < 0,05$). Откровенность со сверстниками имеет тенденцию к непрерывному росту, особенно на этапе формирования зависимости, где различия становятся достоверными ($p < 0,01$), а изначально низкая откровенность с учителями не меняется. Проявились также и различия между полами. Так, юноши контрольной группы, в сравнении с девушками, более откровенны с отцом и матерью, а девушки более откровенны с сестрой; девушки группы АП откровенней юношей со сверстниками (все различия статистически достоверны).

Лонгитудное исследование позволяет говорить, что по мере усугубления АП по сравнению с контрольной группой снижается откровенность с матерью и отцом, растет откровенность с братьями, сестрами и особенно со сверстниками, а с учителями остается на прежнем уровне. С учетом вышеизложенного можно предположить, что на откровенность в равной мере влияют как факторы, имеющие место до АП, так и возникающие по мере его усугубления.

Дополнительно к степени откровенности была изучена степень потребности в ней. В контрольной группе желание чаще обсуждать свои проблемы с матерью высказали 67,5% подростков, со сверстниками – 48,4%, с отцом – 43,7%, с сестрами – 43,3%, с братьями – 38,9%, с учителями – 19,9%. В группе АП соответственно: с матерью – 68,5%, со сверстниками – 53,3%, с сестрами – 45,2%, с братьями – 42,7%, с отцом – 33,6%, с учителями – 13,3%. В клинической группе: с матерью – 54,4%, с братьями – 51,0%, со сверстниками – 40,2%, с сестрами – 34,9%, с отцом – 18,7%, с учителями – 13,3%.

Таким образом, потребность в откровенности с отцом непрерывно снижается по мере вовлечения в употребление ПАВ, особенно на этапе формирования зависимости ($p < 0,05$), с остальным окружением она достоверно не меняется.

Некоторые статистически достоверные различия между полами имеются и по этому показателю. Так, юноши контрольной группы, по сравнению с девушками, чаще высказывают пожелание обсуждать свои проблемы с отцом, девушки групп контрольной и АП хотят чаще обсуждать проблемы с сестрами и сверстниками.

Лонгитудное исследование показало, что в контрольной группе по мере взросления отмечается тенденция к снижению потребности обсуждать свои проблемы со сверстниками, тогда как в группе АП ситуация противоположная. В отношении остальных окружающих заметных изменений не отмечено. Следовательно, можно предположить, что потребность в обсуждении проблем с окружающими формируется факторами, влияющими еще до приобщения к ПАВ. Тенденция к повышению этой потребности в отношении сверстников совпадает с приведенными выше данными и видимо отражает

компенсаторные процессы, связанные со снижением откровенности с родителями.

Из приведенных данных видно, что реальная откровенность и потребность в ней не всегда совпадают. Так, желание обсуждать свои проблемы с отцом снижается параллельно снижению откровенности от контрольной группы до клинической ($p < 0,05$), в то время как с матерью потребность в обсуждении проблем остается на прежнем уровне, несмотря на снижение откровенности. С братьями эта потребность имеет тенденцию к росту параллельно откровенности, с сестрами и сверстниками - остается на прежнем уровне, несмотря на рост откровенности, с учителями - не меняется, так же как и откровенность. Следует отметить достаточно большой резерв для повышения откровенности с учителями, так как даже при самых низких показателях откровенности каждый седьмой подросток хотел бы чаще делиться с ними своими проблемами.

Повысить степень откровенности можно лишь в том случае, если известны причины, препятствующие ей. Как видно из табл. 21, доля респондентов с наличием препятствий откровенности существенно выше доли тех, кто достаточно откровенен с окружающими. Так, откровенны с отцом 35,4% респондентов контрольной группы, но отсутствуют препятствия только у 15,8% ($p < 0,01$), для сверстников эти показатели соответственно - 48,4% против 11,6% ($p < 0,01$). Аналогичная ситуация и в других группах. Из этого следует, что в части случаев откровенность достигается путем преодоления определенных препятствий.

По наличию препятствий окружение респондентов контрольной группы распределилось следующим образом (в порядке нарастания): мать, сестры (различия достоверны), отец и братья (р.д.), сверстники, учителя (р.д). В группе АП отмечается заметное нарастание препятствий к откровенности с отцом и матерью, в связи с чем меняется указанная иерархия: сверстники, сестры, братья и мать, отец, учителя. При этом значительно уменьшается достоверность различий (сохраняясь лишь между крайними позициями). В клинической группе продолжается увеличение числа респондентов с препятствиями во взаимоотношениях с отцом и матерью, в связи с чем происходит изменение в иерархии окружающих лиц с препятствиями. Здесь они выстраиваются следующим образом: братья, сестры, сверстники, мать, отец и учителя (достоверны различия лишь двух последних с остальными).

Структура препятствий откровенности с матерью была аналогичной, однако она почти не менялась в трех группах, за одним исключением: подростки группы АП чаще, чем клинической, не хотели обременять ее проблемами (34,4% против 17,1%, $p < 0,01$).

Препятствия к откровенности с братьями и сестрами были почти идентичными: по сравнению с родителями здесь снижалась роль боязни компрометации, особенно в контрольной и группе АП. Вопреки ожидаемому, юноши контрольной группы, реже, чем девушки отмечали отсутствие взаимопонимания с сестрой (9,5% против 27,5%, $p < 0,001$).

Препятствия к откровенности со сверстниками и учителями были также схожи: основную роль играла боязнь компрометации, на втором

месте оказалась уверенность в собственных силах и отсутствие взаимопонимания. Удивительно, что последняя причина, на которую так часто жалуется молодежь, во взаимоотношениях со старшим поколением, оказалась не более значима, чем в их взаимоотношениях со сверстниками.

Таким образом, обобщая вышеизложенное, можно высказать суждение о том, что препятствия к откровенности преимущественно носят характер, связанный с возрастными и "общечеловеческими" факторами, и лишь отчасти определяются вовлеченностью в употребление ПАВ.

Лонгитудное исследование показало, что структура препятствий откровенности в динамике в основном остается прежней, особенно в контрольной группе. В группе АП отмечается общая тенденция к росту фактора боязни компрометации и снижения уверенности в своих силах.

Чтобы понять характер взаимоотношений с окружающими, следует рассмотреть наличие и особенности претензий, предъявляемых им подростками. Из табл. 21 видно, что доля респондентов с претензиями меняется в зависимости от группы, пола и объекта отношений. Так, в контрольной группе доля респондентов с претензиями к окружающим нарастает в следующем порядке: мать (45,0%), отец (51,6%), сестры (56,3%), братья (66,2%), сверстники (84,2%), учителя (92,9%). Сходная иерархия претензий и в группе АП, при этом доля респондентов с претензиями несколько увеличивается: мать (62,2%, $p < 0,05$), отец (71,5%, $p < 0,01$), сестры (69,8%, $p < 0,05$), братья (74,6%, $p > 0,05$), сверстники (82,8%, $p > 0,05$), учителя (94,9%, $p > 0,05$). Ситуация существенно меняется в клинической группе: по сравнению с группой АП доля респондентов с претензиями неравномерно снижается, образуя следующий ряд: сестры (48,7%, $p < 0,05$), мать (50,5%, $p > 0,05$), братья (60,7%, $p > 0,05$), отец (71,2%, $p > 0,05$), учителя (73,9%, $p < 0,05$), сверстники (78,3%, $p > 0,05$).

Лонгитудное исследование показало, что по мере усугубления АП доля подростков, имеющих претензии к матери, увеличивается, тогда как в отношении остальных (отца, братьев, сестер, сверстников, учителей) не меняется. Отсюда можно предположить, что наличие претензий к окружающим, за исключением матери, определяется в первую очередь факторами, присутствующими до начала злоупотребления ПАВ.

Таким образом, приведенная динамика претензий говорит о том, что на начальном этапе употребления ПАВ число претензий растет параллельно с конфликтами, а на этапе формирования зависимости уменьшается, что, возможно, связано с осознанием своей ответственности за ухудшение отношений и снижение актуальности самого факта недовольства окружающими на фоне доминирующей патологической потребности.

Уровень претензий к окружающим у девушек практически во всех группах оказался выше, чем у юношей, хотя достоверными эти различия были только в контрольной группе по отношению к сверстникам, а также в группе АП по отношению к братьям и сестрам.

Чем же конкретно недовольны подростки во взаимоотношениях с матерью? Оказалось, что характер претензий имеет значительное сходство во всех трех группах и практически не различается у мальчиков и девочек. Основной претензией, которую предъявляет около половины подростков, является ограничение свободы. На втором месте по частоте – ссоры с отцом (у каждого третьего в группах контрольной и АП), в клинической группе доля этой претензии снижается до 10,6% ($p < 0,01$), видимо, в связи с ростом числа неполных семей. Ожидаемым был рост претензий, касающихся злоупотребления алкоголем (в контрольной группе – 2,5%, в группе АП – 4,7%, в клинической – 17,0%, $p < 0,01$), лицемерия (контрольная группа 0,4%, клиническая – 10,6%, $p < 0,01$) и грубости (в контрольной группе 2,9%, в клинической – 10,6%, $p < 0,05$). Неожиданно большая доля претензий подростков контрольной группы оказалась отнесена к низкому социальному положению – 12,4%.

Таким образом, основными претензиями (преодолевшими 10-процентный барьер) в контрольной и группе АП были ограничения свободы и ссоры с отцом, а в первой еще также социальное положение. В клинической группе доля таких претензий заметно увеличивается, и они располагаются в порядке убывания следующим образом: ограничение свободы, злоупотребление алкоголем, моральное унижение и слабоволие, а также в равной доле – лицемерие, ссоры с отцом и грубость. Среднее количество претензий на одного респондента составило в контрольной группе – 1,3, в группе АП и клинической – по 1,4.

Характер претензий к отцу заметно отличался от претензий к матери (табл. 23). Среднее их количество на одного респондента было больше: в группах контрольной и АП – по 1,6, в клинической – 2,0. В контрольной группе практически равные доли занимали ограничение свободы (29,0%), злоупотребление алкоголем (27,4%) и ссоры с матерью (25,8%). Следовательно, ответственность за ограничение свободы в семье подростки возлагают преимущественно на мать, а не на отца, что, видимо, отражает снижение его роли в воспитательном процессе. Эти же три причины вызывают неудовольствие отцом и в группе АП, однако происходит снижение жалоб на злоупотребление алкоголем (15,5%, $p < 0,05$). В контрольной группе имеют значение также жалобы на безразличное отношение (13,1%), грубость (12,3%) и отсутствие общих интересов (10,7%). Значимость этих претензий в группе АП уменьшилась, в наибольшей степени это коснулось грубости (4,2%, $p < 0,05$).

Приведенные данные отражают парадоксальную ситуацию, при которой, несмотря на увеличивающийся рост конфликтов с отцом и злоупотребление им алкоголем, происходит уменьшение доли претензий по этому и близкому к нему поводам. Можно предположить, что вовлеченность в АП на первом этапе снижает актуальность проблем, связанных с высшими ценностями общения, и играет псевдоадаптивную роль. Однако по мере формирования зависимости происходит срыв псевдоадаптивных механизмов. В клинической группе резко возрастает доля жалоб на злоупотребление алкоголем (42,6%, $p < 0,01$), ссоры с матерью ($p < 0,01$), грубость (14,8%, $p < 0,05$). Десятипроцентный барьер превышают также жалобы на слабоволие

(16,4%), чувство стыда, испытываемое за него (13,1%) и моральное унижение (11,5%), хотя различия с другими группами и не достигают достоверных величин. Впервые в клинической группе появляется жалоба на физическое унижение (8,2%), практически отсутствующая в контрольной и группе АП (в среднем 1,0%, $p < 0,01$).

Рассмотрение особенностей претензий, предъявляемых к братьям (табл. 24), позволяет говорить об их большем числе в контрольной группе, особенно среди девушек: в среднем на каждого респондента приходилось 2,6 жалобы, предъявляемые девушками, и 1,7 – юношами. Число претензий снижалось в группе АП (юноши – 1,5, девушки – 2,1) и клинической (юноши – 1,0, девушки – 1,1).

Подростки контрольной группы и группы АП, прежде всего, недовольны братьями по причинам грубости (соответственно 30,3% и 28,0%) и эгоизма (соответственно 29,3% и 28,0%). В контрольной группе к числу существенных причин относятся также неряшливость (21,2%), лживость (19,2%), ненадежность (15,9%), ограниченность интересов (14,9%), высокомерие (14,4%), безразличное отношение (12,5%), в группе АП – ограниченность интересов (19,7%, $p > 0,05$), высокомерие (15,9%, $p > 0,05$), ненадежность (12,9%, $p > 0,05$), моральное унижение (10,6%, $p > 0,05$). Роль неряшливости снижается до 9,1% ($p < 0,05$). На фоне общего снижения уровня претензий в клинической группе на первые места выходят жалобы на ненадежность (21,2%) и грубость (19,4%).

Характер претензий, предъявляемых к сестрам, и их соотношение в разных группах напоминают ситуацию с претензиями к братьям: в контрольной группе претензий больше, в среднем на каждого респондента приходится среди юношей 1,5 жалоб, среди девушек – 2,4, тогда как в группе АП – 1,4 и клинической – 1,5 без различий по полу. Основные претензии в первых двух группах аналогичны тем, что предъявляются братьям: грубость, лживость, эгоизм, высокомерие, ненадежность. В клинической группе резко возрастает претензия к грубости (47,4% против 23,1% в контрольной и 14,4% в группе АП, $p < 0,01$).

Претензии к сверстникам более многочисленны и разнообразны, хотя межгрупповые и межполовые различия выражены не очень существенно. В среднем на каждого респондента во всех группах приходилось 2,4 жалобы. По своей структуре они близки к претензиям, предъявляемым братьям и сестрам. В контрольной группе это были: ненадежность (44,2%), лживость (37,5%), высокомерие (33,1%), грубость (29,2%), эгоизм (29,2%). В группе АП возрастает число жалоб на высокомерие (42,0%, $p < 0,05$) и снижается число жалоб на грубость (12,0%, $p < 0,01$). В клинической группе эти показатели возвращаются к уровню контрольной группы. Снижается доля жалоб на ненадежность (29,2%, $p < 0,05$) и растет – на скупость (23,6%, $p < 0,01$) и лживость (59,7%, $p < 0,01$). Последняя претензия выходит на первое место.

Претензии к сверстникам наиболее ярко отражают сложные взаимодействия их реальных недостатков, субъективной значимости отдельных личностных качеств в подростковой субкультуре, а также механизмов проекции. Так, подростки с АП по сравнению с подростками контрольной группы легче прощают грубость, которая

среди них часто является показателем решимости и прямоты, но не терпят высокомерия, с которым у них, возможно, ассоциируется критическое к ним отношение. Лидирующая роль лживости у подростков клинической группы может объясняться механизмами проекции, поскольку сами они постоянно обманывали окружающих, и изменением круга общения, который преимущественно начинают составлять подобные им по лживости. Рост жалоб на скупость может объясняться эгоистическими установками на получение личной выгоды и механизмами проекции.

Анализ претензий к учителям (табл. 25) показывает следующее: хотя доля подростков, имеющих к ним претензии, меньше в клинической группе по сравнению с двумя другими, однако среднее количество претензий на одного респондента максимальное (2,0 против 1,6 в контрольной и 1,9 в группе АП).

Здесь также проявляются как межгрупповые, так и межполовые различия. Главная претензия подростков контрольной группы - некомпетентность (36,8%) и необъективность (27,8%), практически с той же частотой эти жалобы звучат и в группе АП. Причем на необъективность достоверно чаще обращают внимание девушки. По сравнению с контрольной в группах АП и клинической возрастает роль жалоб на подавление свободы (соответственно 11,1% против 23,3% и 24,6%, $p < 0,01$), грубость (соответственно 20,3% против 28,4% и 46,2%, различия между всеми группами достоверны), безразличие (соответственно 20,6% против 29,3% и 40,0%, различия достоверны) и унижение (12,9% против 22,4 и 35,4%, различия достоверны). Вместе с тем, жалобы на необъективность в клинической группе резко уменьшаются (12,3% против 27,8% в контрольной, $p < 0,001$).

Можно предположить, что обострение претензий к учителям у подростков, злоупотребляющих ПАВ, является психологической защитой, реакцией на ухудшение отношений и снижение учебной успеваемости.

Дополнительной методикой, дающей интегративное отражение взаимоотношений с окружающими, является проксемический тест. За образец была взята методика, примененная В.М.Ялтонским и Н.А.Сирота (1991), в которую были внесены некоторые изменения, дающие возможности для более широких интерпретаций (см. приложение). Табл. 26 отражает наиболее близкий объект общения.

В целом результаты проксемического теста соответствовали показателям удовлетворенности взаимоотношениями и потребности в общении. Как видно из табл. 26, для подростков из контрольной группы наименьшая дистанция общения характерна в отношении родителей: с учетом группы значимых лиц их доля составляет 71,8%, причем наиболее доверительные отношения устанавливаются с матерью. В этой группе отношения оказались наиболее поляризованными: объекты общения оказываются на близком расстоянии (значимые другие лица) либо удаляются на максимальное (алкоголик, наркоман, наркоторговец, врач-нарколог). Только сотрудник правоохранительных органов, как правило, находится на средней дистанции (62,5%).

Иная картина характерна для групп риска и клинической. В первой, хотя родители все же остаются на лидирующем положении (56,2%),

увеличивается роль друга противоположного пола - он является самым близким человеком у 20,8% респондентов, тогда как в контрольной группе он всегда находится на равном положении с другими значимыми лицами. У больных клинической группы усиливается тенденция к отдалению от родителей и приближению к другу противоположного пола (32,5%), на чуть большей дистанции находится "друг моего пола". У 28,9% следующими по близости оказались оба родителя, а также только одна мать - 15,7%, только отец - 3,6%, друг моего пола - 8,4%, брат или сестра - 67,2% , бабушка - 1,2%, наркоторговец - 1,2%. В 1,2% случаев было выявлено слияние с другом моего и противоположного пола, наркоманом, торговцем наркотиками и врачом-наркологом.

Как видно из табл. 27, происходит постепенное увеличение дистанции общения с преподавателем от контрольной группы к клинической. Это связано с усугублением конфликтов в учебном заведении, а также с прекращением обучения значительной их части. Аналогичными причинами объясняется и увеличение дистанции с сотрудником правоохранительных органов. Обратная тенденция характерна для врача-нарколога: по мере усиления вовлеченности в употребление ПАВ дистанция общения сокращается, особенно это касается клинической группы, где врач-нарколог в 56,6% случаев отнесен к "ближнему кругу", что отражает личный опыт - потребность в медицинской помощи и достижение положительного психологического контакта. Вместе с тем, 18,3% больных вывели врача на максимальное удаление. Эта тенденция характерна для больных, негативно относящихся к лечению.

«Алкоголик», «наркоман» и «наркоторговец» были объединены нами под названием «наркотриада», поскольку, как правило, характеризовались равноудаленностью от респондентов. Лишь в отдельных случаях «алкоголик» отрывался от «триады» и оказывался несколько ближе к респонденту. Как видно из таблицы в подавляющем большинстве случаев они оказались удалены на максимальное расстояние.

Описанное в литературе ощущение «наркоманического братства» (Гуревич Ю.М., 1990), оказалось нетипичным для обследованных нами подростков: в ближний круг общения «наркомана» допускают лишь 2,1% подростков из группы АП и 8,5% из клинической. Показательно, что нередко подростки всех групп отмечали места потребителя ПАВ, наркоторговца и сотрудника правоохранительных органов по углам комнаты или группировали их в одном углу, при этом сотрудник правоохранительных органов выдвигался несколько вперед, как бы отгораживая остальных от респондента.

4.3. Интимные отношения

Подавляющее большинство подростков контрольной группы (95,5%) не вступало в интимные отношения, в группе АП таковых оказалось 66,9%, а в клинической группе - 29,3%. Возраст вступления в интимные отношения показан в таблице 28. Не удалось выявить достоверных различий между группами, так же как и между юношами и девушками. Средний возраст начала половой жизни в контрольной группе составил

14,9±1,5 лет, в группе АП - 14,6±1,3 лет, в клинической группе - 14,5±1,2 лет.

Ранее проведенные нами исследования показали, что возраст созревания в контрольной группе и группе АП достоверно не различался, следовательно, ранние половые связи подростков, употребляющих ПАВ объясняются не физиологическими, а психологическими причинами.

Насколько интенсивно сексуальное влечение в исследуемых группах? Достоверные результаты мы смогли получить только для группы АП и контрольной, в клинической группе большинство больных наркоманией отмечало снижение полового влечения. В качестве критерия интенсивности влечения был выбран вопрос: насколько мешают мысли о сексе учебе или работе? Оказалось, что положительно на этот вопрос ответило 15,5% подростков из контрольной группы и 29,4% из группы АП ($p<0,01$). Достоверных различий между полами по этому показателю выявлено не было. Вместе с тем, оказалось, что интимные отношения и интенсивность мыслей о сексе имеют неоднозначную связь. У юношей контрольной группы вступление в интимные отношения показывает тенденцию к снижению интенсивности мыслей о сексе (с 22,7% до 7,2%, $p>0,05$), а у девушек они усиливаются (с 10,8% до 30,0%, $p<0,01$). В группе АП подобные различия отсутствуют.

Число половых партнеров имело некоторые различия в исследуемых группах: подавляющее большинство подростков двух групп контрольной и АП имело не более трех партнеров (соответственно 80,0% и 77,1%), тогда как в клинической группе таковых было значительно меньше (33,3%, $p<0,01$). Одновременно число обследованных, имевших по 10 и более партнеров, в клинической группе было значительно больше (39,4%), чем в двух других (в контрольной - 10,0%, $p<0,001$, в группе АП - 7,3%).

Анализ мотивации половых отношений был предусмотрен только при клиническом обследовании. Преобладающей мотивацией подростков группы АП оказалось стремление к удовольствию - 83,3%, реже - сублимация - 16,6% и самоутверждение - 8,3%. В клинической группе гедонизм встречался реже - 48,5% ($p<0,001$), а более заметную роль играло самоутверждение - 42,6% ($p<0,001$), к числу других мотивов относились: сублимация - 19,1%, коммуникация и любопытство - по 10,3%, релаксация - 7,4%, стремление удержать партнера - 2,9%. Любовь играла незначительную роль - 4,9%.

Интимные отношения, по крайней мере в половине случаев, происходили в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Нередко интимная связь ограничивалась лишь одним контактом, при этом партнеры в лучшем случае знали друг друга лишь по имени, и после никогда не встречались. У некоторых подростков число половых связей равнялось числу партнеров, поэтому большое число последних в клинической группе не является свидетельством активной половой жизни.

У этих подростков нет ни желания, ни умения поддерживать с половым партнером эмпатические отношения. Так, один из них по поводу устойчивых отношений высказался следующим образом: за

девушкой в этом случае надо ухаживать, дарить подарки, а это слишком сложно.

В описаниях обстоятельств интимных связей отсутствует даже намек на ореол романтизма, о котором мечтает большинство подростков. Вот довольно типичные примеры, рассказанные двумя подростками. Четырнадцатилетний мальчик пришел к знакомой девочке и сказал ей: «У меня стоит, помоги ему опуститься». Она согласилась. Описание шестнадцатилетнего подростка: «Сидел в гостях за столом, был выпивши, соседка обняла меня и стала ласкать, потом увела в соседнюю комнату...»

Таким образом, половая жизнь подростков, злоупотребляющих ПАВ, практически не связана с любовью и является своеобразной попыткой разрешить свои жизненные проблемы, которые возникли часто еще до приобщения к ПАВ. В пользу последнего говорит тот факт, что эти подростки выбирают себе партнера (или их выбирает партнер) в половине случаев (52,9%) старше себя, и очень редко (5,9%) – моложе, при этом разница в возрасте могла достигать более 10 лет. Это характерно как для девушек, так и для юношей.

4.4. Увлечения и досуг.

Наличие и характер увлечений является важнейшей характеристикой направленности личности. Оказалось, что увлечения имеет подавляющее большинство (93,6%) подростков из контрольной группы, среди остальных они встречаются реже: в группе АП – у 86,6% в клинической – у 36,3% (различия между всеми группами достоверны). Отмечается также общая тенденция (хотя различия достоверны не во всех группах) к снижению доли подростков, имеющих увлечения по мере взросления.

Среднее число увлечений, приходящихся на одного подростка, имеющего хобби, в контрольной группе составило 1,6, в группе АП и клинической – по 1,4. Исследование структуры увлечений не выявило достоверных различий между группами. Однако они отличались у мальчиков и девочек в контрольной группе и группе АП. Так, мальчики по сравнению с девочками чаще занимались спортом, играли в шахматы и шашки, девочки – занимались рукоделием и заботились о животных. В целом же во всех группах на первом месте стоит занятие спортом. В научной литературе описывается склонность девушек с АП к занятиям силовыми видами спорта. Наши данные лишь частично подтверждают это мнение: указанная тенденция оказалась характерной для девушек обеих групп (контрольной и АП) младшего возраста. Аналогичная тенденция характерна и для старших подростков группы АП, тогда как в возрасте 14-15 лет преобладают другие виды спорта. Среди юношей подобных различий выявить не удалось. Лонгитудное исследование не выявило достоверных различий между динамикой изменений увлечений в контрольной группе и группе АП.

Изучение досуга показало влияние возраста: по мере взросления уменьшается роль игр как в контрольной группе (с 24,9% среди 12-13-летних до 6,3% среди 16-17-летних, $p < 0,01$), так и в группе АП (32,3% до 6,9% соответственно, $p < 0,01$). Среди последних увеличивается также рост посещений клубов и дискотек (с 32,3% до 53,5%, $p < 0,01$) и проведения времени в компании, которое не играя существенной роли у

младших подростков (15,4%), становится доминирующим в возрасте 14-15 лет (65,3%, $p<0,001$), а к 16-17 годам несколько снижается (34,0%). На характер досуга оказывает влияние также пол: в группе АП и контрольной девушек, посещающих клубы и дискотеки, оказалось в два раза больше, чем юношей ($p<0,01$).

Сравнение трех изученных групп показало следующие различия между ними. В клинической группе резко доминирует над остальными видами досуга времяпрепровождение в компании – 77,6%, в группе АП этот способ, хотя и остается ведущим, но его доля меньше – 59,1%, в контрольной группе компания утрачивает доминирующую роль – 37,7% (все различия достоверны, $p<0,01$). Проведение времени в клубах и дискотеках стоит на втором месте в группе АП – 42,2%, в то время как в контрольной группе на этот вид досуга указали 21,9% ($p<0,01$), а в клинической – 25,5%. Вполне ожидаемо было снижение роли чтения с 23,5% в контрольной до 14,4% в группе АП и до почти полного исчезновения (2,0%) в клинической группе (различия между всеми группами достоверны). Уменьшается также роль близких друзей с 25,0% в контрольной группе до 15,3% в клинической ($p<0,05$) и занятий основным увлечением (контрольная группа – 22,1%, АП – 8,9%, клиническая – 3,1%, $p<0,05-0,001$).

В целом досуг подростков контрольной группы более равномерно распределен, чем у остальных. При этом в клинической группе уменьшается число ответов на вопрос о досуге. Если в контрольной и группе АП на каждого респондента приходилось в среднем по 2,2 ответа, то в клинической – 1,7.

Лонгитудное исследование показало, что характер увлечений и способ проведения свободного времени в контрольной группе и группе АП существенно не меняется в динамике. Следовательно, эти особенности определяются в большей мере изначальными качествами личности, а не фактором злоупотребления ПАВ.

Отдельно изучалась вовлеченность в азартные игры подростков из контрольной группы и группы АП. Оказалось, что юноши второй группы более склонны к азартным играм, нежели первой (соответственно 22,4% против 7,2%, $p<0,01$), у девушек таких различий выявлено не было (соответственно 9,0% и 4,4%, $p>0,05$).

Таким образом, по мере развития аддикции досуг подростков становится все менее разнообразным, из него исключаются виды, требующие интеллектуального и волевого напряжения, а также эмпатических способностей.

4.5. Источник средств для приобретения ПАВ

Источник доходов, используемых для приобретения ПАВ, является одной из сторон характеристики личности и одновременно зависит от внешних обстоятельств.

Как видно из табл. 29, часть подростков использует более чем один источник получения денег. Чем больше подросток вовлечен в употребление ПАВ, тем чаще он прибегает одновременно к разным источникам финансирования. В контрольной группе и группе АП отмечается значительное сходство: в половине случаев подростков угощают друзья или используются карманные деньги, полученные от

родителей. Меньшую роль в приобретении ПАВ играют самостоятельно заработанные деньги. Другие источники имеют минимальное значение. В клинической группе структура источников дохода существенно меняется. Резко снижается роль карманных денег (23,7%, $p < 0,01$) и угощения друзей (28,0%, $p < 0,01$). Повышается роль самостоятельного заработка (28,0%, $p < 0,01$). Однако ведущим способом добывания денег становятся другие методы, преимущественно криминальные - 61,3% ($p < 0,001$). Некоторые различия в источниках доходов имеются между девушками и юношами. Так, в первых двух группах достоверно реже (в восемь-десять раз) девушки, по сравнению с юношами, прибегают к самостоятельному заработку, в клинической группе это различие исчезает. Вместе с тем, во всех группах девушки чаще прибегают к угощению друзей. Таким образом, источники средств отражают криминализацию контингента подростков по мере формирования зависимости.

4.6. Основные проблемы, возникающие у подростков

Какие проблемы беспокоят современного подростка? Оказалось, что ответ на этот вопрос зависит от пола, возраста и, в наибольшей степени, от приобщения к ПАВ (табл. 30). Так, в частности, с возрастом повышается роль материальных проблем: в контрольной группе с 21,4% у лиц обоего пола в возрасте младше 13 лет до 35,6% в возрасте 16-17 лет ($p < 0,01$), в аддиктивной группе эти показатели соответственно 31,3% и 43,8% ($p > 0,05$). Одновременно в контрольной группе снижается значимость проблем обучения (с 60,3% до 41,8%, $p < 0,01$) и вредных привычек (с 16,4% до 6,8%, $p < 0,01$), последнее в наибольшей степени касалось девушек (снижение с 16,4% до 1,9%, $p < 0,01$). В группе АП роль проблем вредных привычек также уменьшалась с 16,4% до 6,8% ($p < 0,01$), а доля проблем обучения оставалась на прежнем уровне (45,3% и 37,7%, $p > 0,05$).

Сравнение трех исследуемых групп показывает увеличение роли материальных проблем в группах АП (42,4%) и клинической (46,3%) по сравнению с контрольной (29,1%, $p < 0,01$), аналогично проблемам досуга (соответственно 12,2% и 14,7% против 5,8%, $p < 0,05$). Вместе с тем, происходит уменьшение роли проблем обучения в клинической группе (38,9%) по сравнению с группами АП (55,2%) и контрольной (53,9%, $p < 0,05$). Аналогичная тенденция характерна и для проблемы недостатков внешности: в клинической группе - 5,3% против 17,7% в контрольной и 15,1% в группе АП. Проблема вредных привычек нарастает постепенно от группы контроля (10,0%) к группе АП (18,4%) и клинической (30,5%, все различия достоверны - $p < 0,05-0,01$). Проблема здоровья приобретает максимальное значение в клинической группе (41,1% против 19,0% в контрольной и 19,6% в группе АП, $p < 0,05$). Любовные проблемы увеличиваются в группе АП по сравнению с контрольной (48,4% против 30,8%, $p < 0,05$), а затем уменьшаются в клинической (17,9%, $p < 0,05$).

Интерпретировать эти данные можно следующим образом. Материальные проблемы достаточно остро проявляются уже на этапе АП. В дальнейшем, несмотря на объективное усугубление материального положения, происходит адаптация к новому образу жизни, а бремя проблем в основном перекладывается на окружающих.

Проблема досуга также обостряется на этапе АП и остается на прежнем уровне в период формирования зависимости. Вместе с тем, по рейтингу она занимают одно из последних мест. Проблема обучения, несмотря на снижение успеваемости в группе АП, не актуализируется в связи с безразличным отношением к школьным успехам. Более того, субъективная значимость ее снижается в клинической группе на фоне негативного отношения к учебе. Любовная проблема нарастает в группе АП, выходя на первое место, тогда как в контрольной она делит второе и третье места с материальной. На этапе сформировавшейся зависимости эта проблема уходит на задний план, занимая лишь пятое место в рейтинге. Дезактуализация ее может быть объяснена двумя причинами: ранними половыми связями и меньшей ценностью для этого контингента эмпатических отношений. Рост значимости проблемы вредных привычек в группе АП и клинической отражает осознание подростками вредного воздействия ПАВ на адаптацию. Вместе с тем по рейтингу эта проблема занимает в клинической группе всего лишь пятое место. Проблема здоровья актуализируется только в клинической группе и выходит по значимости на второе место. Эта тенденция вполне ожидаема.

Лонгитудное исследование показало, что в контрольной группе и группе АП в период катamnестического наблюдения число проблем в целом существенно не меняется. Вместе с тем, в контрольной группе отмечается рост озабоченности вредными привычками, тогда как в группе АП увеличивается значение проблем здоровья.

4.7. Круг общения и позиция в коллективе

Круг общения является одной из существенных характеристик личности, отражая ее социальные потребности и возможности. Как видно из табл. 31, круг общения группы АП и клинической существенно отличается друг от друга на этапе до приобщения к ПАВ и имеет тенденцию к существенным изменениям на этапе их употребления.

Наиболее адекватный психологии молодого человека широкий круг общения с наличием близких друзей оказался более характерен для подростков из группы АП до их приобщения к ПАВ (82,9%), в клинической группе доля таковых составила 50,0% ($p < 0,001$). В период употребления ПАВ происходит уменьшение доли этого круга общения до 68,5% в группе АП и до 23,6% в клинической (все различия достоверны). Вместе с тем, отмечается рост широкого поверхностного круга: в группе АП с 2,9% до 28,6%, а в клинической – с 36,0% до 58,8% (все различия достоверны). Одиночество оказалось характерно только для клинической группы еще до приобщения к ПАВ – 4,0%. Общение только с близким другом было свойственно преимущественно подросткам группы АП до приобщения к ПАВ – 11,4% и снижалось в период злоупотребления – до 2,9% ($p < 0,05$).

Таким образом, подростки, страдающие болезнями зависимости, изначально характеризуются низкой способностью к поддержанию дружеских отношений, при этом в период приобщения к ПАВ происходит потеря контактов с близкими друзьями, а на этапе формирования зависимости это процесс усиливается.

Для исследования особенностей позиции в коллективе мы сочли целесообразным изучить распределение этого показателя в популяции.

Для этого использовались материалы психологических обследований (120 учащихся разного возраста из 5 классов), проводившихся школьными психологами.

Проведенный анализ показывает (табл. 32), что распределение позиции в коллективе имело значительное сходство между популяцией и группой АП до начала злоупотребления ПАВ.

Отличия касались только подчиняемых, которые реже всего встречались в популяции (5,6%) и увеличивались в группе риска (20,6%, $p < 0,01$) и клинической (38,4%, $p < 0,01$). Характерно, что приобщение к ПАВ существенно не меняло распределение ролей в исследуемых группах. Высокий процент подростков, имевших позицию лидерства до приобщения к ПАВ, в клинической группе объясняется двойственным характером этого лидерства, которое проявлялось преимущественно в неформальной группе, часто носившей асоциальный характер. По мере приобщения к ПАВ лидерские позиции утрачивались. При этом следует отметить, что подростки клинической группы часто заявляли о своем желании быть лидерами, однако эта потребность часто не могла быть ими реализована.

4.8. Жизненные ценности Жизненные ценности представляют собой один из важнейших компонентов направленности личности. Они оказывают свое влияние на формирование установок в отношении увлечений, проведения досуга, особенности взаимоотношений с окружающими, выбор специальности и многое другое. Некоторые исследователи (Reifman A. et al., 2001) указывают на то, что для подростков из группы риска злоупотребления алкоголем здоровье не является ведущей ценностью в отличие от остальных сверстников.

Мы использовали в упрощенном варианте методику Е.Б.Фанталовой (1997), которая ранее применялась при обследовании молодежи в Москве и Ярославле (Басов А.В., 2000), что дало возможность сравнить полученные результаты. Анкетированным был предложен список 12 жизненных ценностей, которые следовало пронумеровать в порядке их иерархии. Для оценки результатов нами был применен рейтинговый метод, при котором вычислялось среднее арифметическое из суммы индивидуальных рейтингов. Результаты представлены в табл.33.

Исследование демонстрирует значительную общность трех исследуемых групп по триаде ведущих жизненных ценностей: здоровья, счастливой семейной жизни и любви. Исключение составляют девушки клинической группы, для которых ценность здоровья оказалась вытесненной на 3/4 место. Также единодушны оказались подростки и в оценке "аутсайдеров", к которым они отнесли творчество и красоту природы и искусства. Устойчиво среднюю позицию занимает наличие хороших и верных друзей.

Наиболее подвержен колебаниям рейтинг таких ценностей, как интересная работа и познание, наиболее значимый для мальчиков контрольной группы и наименее - для группы АП в целом. Материально обеспеченную жизнь больше ценят девочки, а в целом - подростки клинической группы, что совпадает с большой частотой у них материальных проблем.

Ценность свободы, несколько увеличивающаяся в группе АП (возможно это связано с характерными реакциями эмансипации), падает в клинической, что, видимо, объясняется дезактуализацией этой ценности на фоне сформировавшейся зависимости.

Сравнение трех регионов (Иваново, Ярославль и Москва) показывает заметные различия в иерархии жизненных ценностей, в первую очередь в отношении лидирующих в списке. Ценность здоровья, резко поднявшего свой рейтинг среди респондентов Иванова, свидетельствует о сближении жизненных ценностей подростков и взрослого населения. То, что эта ценность лидирует во всех группах подростков, говорит о серьезных сдвигах в базисных представлениях молодежи о здоровье.

Вместе с тем, исследование Е.А.Кошкиной, И.Д.Пароняна и Н.Я.Константиновой (1994), проведенное в Москве, показало значительную общность полученных результатов с нашими: лидирующую позицию занимает здоровье (особенно среди трезвенников), на втором месте любовь и дружба. Это свидетельствует, что иерархия жизненных ценностей представляет собой весьма подвижную структуру.

4.9. Проявления дезадаптации

Все исследователи единодушны во мнении о нарушенной адаптации подростков, злоупотребляющих ПАВ. Однако остается неясным, первичной или вторичной она является.

Как видно из табл. 34, изначально группа АП и клиническая характеризовались различной долей дезадаптированных (соответственно 17,6% и 49,8%, $p < 0,001$). В обеих группах дезадаптация касалась прежде всего сферы семьи и школы. Уровень и структура дезадаптации первой группы в период употребления ПАВ практически совпадал с таковым во второй группе до начала употребления. По мере втягивания в употребление ПАВ доля дезадаптированных увеличивалась до 47,1% ($p < 0,01$), при сформировавшейся зависимости - до 95,0% ($p < 0,001$), а также углублялась дезадаптация: доля больных с генерализованной дезадаптацией составляла 43,0%, тогда как ранее она составляла минимальную долю (5,1-5,9%, $p < 0,001$).

Таким образом, наиболее чувствительной в плане дезадаптации оказалась сфера семейных отношений, а наиболее устойчивой - адаптация в микросреде. В наибольшей степени дезадаптирующее влияние оказывает сформировавшаяся зависимость. Эти данные соотносятся с наличием более выраженной преморбидной патологии в клинической группе и описанной картиной взаимоотношений с окружающими.

Более подробно были изучены особенности семейной адаптации, в частности оценка поведения подростков. Этот показатель изучался только в группах АП и клинической. Отклонения в поведении отмечались еще до приобщения к ПАВ почти у каждого третьего подростка из обеих групп (соответственно 31,4% и 29,7%). В дальнейшем происходило увеличение доли лиц с отклоняющимся поведением в семье: на этапе аддиктивного поведения - до 45,7%, в период сформировавшейся зависимости - до 84,4% (все различия достоверны). При этом изменения структуры отклоняющегося

поведения в группе АП не были статистически достоверны, в то время как в клинической группе резко возросло проявление физической (с 7,9% до 59%, $p<0,001$) и вербальной агрессии (с 19,8% до 39,0%, $p<0,01$), а также домашних краж (с 2,0% до 53,0%, $p<0,001$) и уходов из дома (с 12,9% до 44,0%, $p<0,001$).

Таким образом, отклонения в поведении, видимо, являются следствием патохарактерологических уклонений в преморбиде и усугубляются в период приобщения к ПАВ и, особенно, при формировании зависимости.

Отношение к учебе было изучено в группе АП и клинической. Еще до приобщения к ПАВ оно было уже неадекватным у 31,5% среди первых и у 65,4% среди вторых ($p<0,001$) и проявлялось тремя вариантами: безразличием (соответственно 22,9% и 24,8%), пассивным уклонением (5,7% и 12,9%) и негативизмом (2,9% и 27,7%, $p<0,001$). Приобщение к ПАВ приводило к увеличению доли неадекватного отношения к учебе в обеих группах: при АП - до 52,9%, при формировании зависимости - до 95,1% (различия статистически достоверны как внутри каждой группы, так и между ними). В наибольшей степени изменения касались негативного отношения к учебе: его доля увеличивалась в группе АП до 27,7%, в клинической - до 81,4% (все различия достоверны). При этом, если в группе АП существенно не менялся удельный вес безразличного отношения (24,8%) и пассивного уклонения (12,9%), то в клинической их доля уменьшается ($p<0,01$) до 4,9% и 8,8% соответственно.

Отрицательное отношение к учебе и работе влекло за собой нарушения учебной и трудовой дисциплины: до АП в первой группе у 40,0% и во второй у 62,6% ($p<0,05$). В период АП эпизодическое уклонение отмечалось у 24,2%, систематическое - у 33,3%, а на этапе формирования зависимости соответственно у 8,8% и 83,5% (различия между группами достоверны).

Как и следовало ожидать, при таком отношении к учебе, школьная успеваемость (табл. 35) на этапе АП снижалась у 37,1%, хотя у 5,7% отмечалось ее повышение. Особенно часто отмечалось снижение успеваемости на этапе формирования зависимости - 81,4% ($p<0,001$).

На основании анализа полученных данных выявлен комплекс предикторов неблагоприятного течения аддиктивного поведения, включающий в себя ряд факторов.

I. Социально-психологические:

неполная семья;

нарушенные отношения между ее членами, включая дефицит родительской эмпатии, отсутствие доверительных отношений с ребенком, воспитание по типу гипоопеки или противоречивой направленности родительских установок;

преобладающий круг общения подростка с потребителями ПАВ в сочетании с различными формами девиантного или криминального поведения;

невозможность удовлетворить свои актуальные потребности в сочетании с отсутствием устойчивых позитивных увлечений,

склонностью к азартным играм и неспособностью к организации досуга;

ранние половые связи;

негативное отношение к учебе.

II. Клинические:

наследственность, отягощенная алкоголизмом родителей;

церебрально-органическая недостаточность резидуального характера;

патохарактерологические реакции и ПХФЛ неустойчивого и демонстративного типов;

дисгармоничный пубертатный криз;

нарушенная самооценка в структуре аномальных свойств личности; алекситимия;

субмиссивная и гедонистическая мотивация потребления ПАВ;

предпочтительное употребление «тяжелых» наркотиков.

В качестве иллюстраций, подтверждающих указанные признаки и наличие различных типов течения АП, приводим следующие клинические описания.

Иван И., 15 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Был желанным ребенком. К моменту его рождения матери было 32 года, отцу – 59 лет. Беременность у матери протекала тяжело, был токсикоз беременности, длительное время находилась в больнице. Родился весом 1,5 кг вторым из двойни, первой родилась сестра. Родители по характеру спокойные, уравновешенные. Сестра в настоящее время учится в 10 кл., здорова. В раннем детстве развивался соответственно возрасту. Посещал детский сад, в коллективе адаптировался нормально.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, операция по поводу крипторхизма, в возрасте 13 лет был сбит автомашиной, в течение трех дней находился в коме, был диагностирован ушиб мозга. Однако процесс восстановления шел быстро, и энцефалопатических явлений к настоящему времени не отмечается. Невропатологом выявлены только микроорганические знаки со стороны ЦНС.

Воспитывался с раннего детства в условиях гиперопеки. Взаимоотношения в семье были нормальные. Отец умер от инсульта, когда мальчику было 9 лет. Смерть отца переживал тяжело: было пониженное настроение в течение месяца, но за помощью по этому поводу не обращался. Вскоре мать заболела онкологическим заболеванием, и ей была определена I группа инвалидности. С этого времени его воспитанием почти не занимались. К матери всегда относился тепло, отмечалась чрезмерная привязанность. По характеру мягкий, добрый, поддается чужому влиянию, однако стремится к лидерству, легко дает обещания, но не выполняет их.

С младших классов школы увлекался спортом: играл в баскетбол и большой теннис, участвовал в соревнованиях. Прекратил занятия спортом после того, как стоимость аренды спортивного корта стала

непомерно высокой. До приобщения к ПАВ к учебе относился положительно, успеваемость была хорошей.

Первую сигарету выкурил в возрасте 7 лет по предложению друзей. В этом же возрасте впервые попробовал алкоголь (случайное употребление – сделал глоток водки вместо воды), опьянения не было. Впервые опьянел в возрасте 11 лет, когда друзья пришли в гости со спиртным. Была тошнота, сонливость и головная боль. Опьянение не понравилось. В дальнейшем спиртное (крепкие напитки и самогон) употреблял 1 раз в неделю «для смелости и общительности». Толерантность к моменту осмотра увеличилась в 2-3 раза, достигла 500 мл водки. Алкоголь употребляет только в компании, чаще на дискотеке. Влечение к алкоголю, АС отрицает, однако отмечает, что «перепивает» достаточно часто.

Впервые попробовал курить коноплю в возрасте 12 лет, угостил старший друг. Испытал приятные ощущения: было психомоторное возбуждение, веселость. Курил периодически в среднем с частотой 1 раз в месяц. Через полгода впервые попробовал самодельный опий по собственной инициативе, хотя друзья его отговаривали. С 13 лет стал употреблять героин сразу же внутривенно. С этого же возраста эпизодически употреблял «винт».

К моменту осмотра основной наркотик - героин, который периодически чередовал с самодельным опиумом. Толерантность увеличилась в 8 раз. Психическое влечение к опиатам почувствовал спустя 1 месяц: вне наркотического опьянения понижалось настроение, становился раздражителен, постоянно возникали воспоминания о наркотике. Абстинентный синдром сформировался спустя 2 месяца после 50 приемов наркотика, оценивает его как тяжело переносимый: проявляется болью в суставах и животе, поносе, нарушении сна. Продолжительность его около 5 дней. На фоне приема наркотиков резко снизилась успеваемость, плохо понимал учебный материал, стал прогуливать занятия. Чтобы достать деньги на наркотики совершал кражи, воровал у незнакомых людей из автомобилей, из собственной квартиры ничего не уносил.

В школе общался с подростками, употребляющими наркотики. Половую жизнь начал в 14 лет, инициатором был сам, партнерша – ровесница. Мотивация – получение удовольствия и самоутверждение – «сразу же побежал рассказывать друзьям». Всего было 7 половых партнеров, связь, как правило, ограничивалась одним половым актом.

За медицинской помощью впервые обратился в возрасте 15 лет по инициативе матери, находился в наркологическом подростковом стационаре 16 дней, проводилось медикаментозное лечение и несколько сеансов индивидуальной психотерапии. К лечению относился формально. С удовольствием рассказывал об эйфорическом эффекте наркотиков, обменивался информацией с другими подростками о местах их продажи. Выписан по настойчивой просьбе с согласия матери. Один раз посетил поликлиническое отделение, некоторое время принимал пикамилон. В течение 4 месяцев воздерживался от употребления наркотиков, потом решил попробовать «уколоться один раз для проверки», в результате оказался в реанимационном отделении из-за передозировки. Выписан домой после выведения из комы. Вторая

госпитализация в наркологическую больницу - по инициативе самого больного: «чтобы не расстраивать мать», находился на лечении 24 дня. Получал медикаментозное лечение и психотерапию. Установка на будущее неясная.

Результаты экспериментально-психологических исследований. Тест Смишека диагностирует возбудимую и эмотивную акцентуацию. По данным теста УНП, повышен уровень невротизации и психопатизации. Тест на алекситимию показал её повышенный уровень (80 баллов). Самооценка, по данным теста Дембо-Рубинштейн, в основном находится в пределах условной нормы. Однако отмечается превышение показателей образа «Я – презентация» над всеми остальными по шкалам интеллекта, честности, трудолюбия и общительности, одновременно минимальные значения по шкалам счастья, уверенности в себе и здоровья. Следовательно, больной старается выглядеть гораздо более умным, честным, трудолюбивым и общительным, чем он есть на самом деле, и даже по сравнению с тем, каким он намерен стать. Вместе с тем, он стремится казаться несчастным, неуверенным в себе и больным. Образ «Я в глазах других» ниже «Я-реального» по критериям честности, доброты, счастья, уверенности в себе, общительности и здоровья, что свидетельствует, по мнению больного, о недооценке окружающими этих качеств. В совокупности это говорит о желании выглядеть положительно в глазах окружающих и вызывать у них сочувствие при наличии недооценки его окружающими. Анализ оценки частоты эмоций свидетельствует в пользу стремления создать положительный имидж при пессимистическом отношении к своему состоянию. Так, к числу часто возникающих эмоций он относит гордость, надежду, уверенность и одновременно зависть, тревогу, отвращение. Достаточно часто он испытывает благодарность, обиду и отчаяние. Показательно, что эмоции вины и стыда оцениваются как возникающие редко и очень редко. На проксемическом тесте наиболее близко к больному располагаются мать, отец, сестра, врач и друг одного пола. На средней дистанции находится друг противоположного пола, а дальше всех - «наркоотряд», милиционер и учитель.

Катамнез спустя 8 месяцев. После выписки из больницы регулярно посещает нарколога, первое время принимал ноотропы, сейчас медикаментов не принимает. Употребление наркотиков отрицает. Работал несколько месяцев на подсобных работах в строительстве. Намерен поступить в ПТУ строительного профиля (на данный момент имеет образование 9 кл.). Дружит с девушкой, которая не знает о его прошлом, говорит, что любит её. С прежней компанией потребителей наркотиков расстался (многие осуждены, пишут ему письма пессимистического содержания, так как ВИЧ-инфицированы). Иногда употребляет пиво, но не более 2 бутылок. Утверждает, что влечение к наркотикам его не беспокоит. Во время беседы о наркотиках отсутствуют имевшиеся ранее симптомы эмоционального оживления.

Анализ клинической иллюстрации. Данный случай демонстрирует неблагоприятный вариант течения АП с переходом его в зависимость. Пробанд родился малым весом, имела место перинатальная патология, что могло привести к ММД. Сформировавшийся неустойчивый тип личности был следствием отклонений в воспитании: внезапный переход от гиперопеки к безнадзорности после смерти отца и тяжелой болезни

матери. Оба эти фактора являлись также психотравмирующими обстоятельствами. Имела значение и черепно-мозговая травма, которая хотя и была тяжелой, но не оставила после себя грубой энцефалопатии. Подросток всегда стремился к лидерству и, казалось бы, реализовал свои амбиции: успешно занимался спортом, имел друзей. Анализ личности подростка позволяет говорить о формировании акцентуации с преобладанием неустойчивого радикала. Отсутствие социального контроля и неустойчивый тип личности привели к приобщению к ПАВ. Ситуацию усугубила невозможность продолжить занятия спортом. Последовательность приобщения была типичной: табак, алкоголь, каннабиоиды, опиаты. Темп формирования зависимости от наркотиков характерен для подросткового возраста. Первоначальный прогноз опийной наркомании представлялся неблагоприятным, однако последующее течение болезни дает основание для осторожного оптимизма: ремиссия продолжительностью 8 месяцев с удовлетворительной социальной адаптацией. Ресурсами для развития личности являются: наличие в прошлом устойчивых увлечений, просоциальная направленность личности до приобщения к наркотикам. Этот пример свидетельствует также о трудности первоначального прогноза (оценивался как пессимистический), который базировался в основном на оценке клинического состояния на момент осмотра.

Михаил Я., 13 лет. Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города, забеременела во время одного из отъездов. Пробанд родился от внебрачной связи. Мать, будучи беременной, вернулась в Иваново. Беременность протекала с токсикозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту. Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны). Мать стала пьянствовать ещё больше, дома появлялась только для того, чтобы получить детское пособие, которое пропивала. Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо.

По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал его, налив в

пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение к ЛОВ, которое проявлялось аффективным компонентом (понижалось настроение) и ассоциативным (воспоминания и фантазии на тему употребления ЛОВ).

Впервые был направлен к наркологам милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

Экспериментально-психологические исследования. Диагностируется гипертимная акцентуация по тесту Смишека, по тесту УНП повышен уровень психопатизации, показатель алекситимического теста в зоне неопределенного диагноза. Самооценка по тесту Дембо-Рубинштейн: «Я- реальное» занижено по шкалам интеллекта, счастья, уверенности в себе, здоровья, завышено по шкалам доброты и общительности, в пределах нормы по шкалам внешности и честности. Показатели образа «Я в глазах других» ниже предыдущих, что свидетельствует об оценке отношения окружающих как враждебного. Показатели «Я- идеальное» и «Я- презентация» в основном находятся в пределах условной нормы или завышены. По показателям честности, доброты, счастья, уверенности в себе «Я- презентация» выше «Я- идеального», что свидетельствует о переоценке важности внешнего имиджа. Из опросника эмоций следует, что очень часто испытывает чувство стыда, обиды и уверенности (при низкой самооценке уверенности в себе!); достаточно часто – радости, отвращения и отчаяния; редко – благодарности, надежды, зависти, страха, гнева, скуки; очень редко – чувство вины. Не смог ответить о частоте эмоций нежности, гордости, беспечности, тревоги и презрения. Согласно проксемическому тесту в зоне «ближнего круга» оказались все окружающие, включая «наркомана», «алкоголика» и врача-нарколога, только наркоторговец удален на максимальное расстояние.

При беседе заинтересованности не проявляет, немногословен, легко отвлекается, формально соглашается с необходимостью изменить свою жизнь, однако от помощи отказывается, даже когда ему предлагают посещать центр социальной поддержки, где он может получать нормальное питание. Уровень знаний не соответствует образованию. Круг интересов сужен, увлечений не имеет. Абстрактное мышление доступно. В настоящее время дополнительно занимается с учителем на дому, исправляет неудовлетворительные отметки.

Анализ клинической иллюстрации. Данный случай демонстрирует неблагоприятный тип течения АП с развитием наркологического заболевания – токсикомании ЛОВ. К числу факторов, способствовавших наркотизации, в данном случае относятся следующие: отягощенная

алкоголизмом наследственность со стороны обоих родителей, просматриваемая в нескольких поколениях, что имело значение как генетический фактор, так и с точки зрения воспитания, которое характеризовалось безнадзорностью. Эти обстоятельства формировали характерологические особенности неустойчивого типа. Учитывая выраженную дезадаптацию, прежде всего в школе и в семье, развившуюся еще до АП, можно говорить о формировании ПХФЛ неустойчивого типа с патологическим пубертатным кризом и реакциями эмансипации и группирования. Имеет место психический инфантилизм, проявляющийся незрелостью суждений, несформированностью самооценки, алекситимией. Отсутствие нормального воспитания привело к социально-педагогической запущенности. В связи с низким уровнем знаний можно заподозрить олигофрению, однако этот диагноз следует отвергнуть в связи с доступностью абстрактного мышления, способностью к усвоению нового материала при условии регулярных занятий с пробандом. Прогноз пессимистический, поскольку отсутствуют личностные и социальные предпосылки для формирования мотивации отказа от ПАВ.

Наташа, 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие ей «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

Страдает с 9 лет хроническим пиелонефритом, с 11 лет – хроническим гастродуоденитом. Заболевания протекают с периодическими обострениями. В детский сад ходила только в подготовительную группу. В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые действие наркотиков увидела в компании знакомых. Её друг страдал наркоманией и предостерегал от употребления наркотиков, описывая мучительное состояние ломки («плакал и просил меня не колоться»), вскоре он умер от передозировки героина. После его смерти решила попробовать наркотик, так как считала, что «с одного раза ничего не будет». Начала употребление в 14 лет сразу с внутривенного введения героина. Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Повторное употребление героина – через 1,5-2 месяца. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как

правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

В интимные отношения впервые вступила в 15 лет, обстоятельства помнит плохо (в отличие от первой инъекции наркотиков), поскольку была в наркотическом опьянении. Половые контакты редкие и не доставляют удовольствия.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет (зимой 2000 г.) по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию. После выписки три раза посетила психолога в Центре психолого-педагогической помощи, но «не нашла с ним общего языка». Возобновила наркотизацию через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

В ноябре 2000 г. находилась 7 дней на лечении в наркологической больнице, выписалась по своему настойчивому требованию. Возобновила употребление наркотиков в январе 2001 г. В марте 2001 г. отдыхала с родителями в Египте, где развился АС, который она «перекумарила всухую». Со слов больной в это время «мать поняла, насколько я серьезно больна». Вернувшись домой, возобновила наркотизацию. В мае вновь госпитализирована, лечилась 1 месяц, от лечения уклонялась. В июле родители вновь уговорили на лечение в стационаре. После купирования АС неохотно согласилась на курс «психотерапевтического марафона». В группе вела себя активно, делала своевременные замечания. В частности, при обсуждении темы ответственности за данное другим людям обещание, когда все участники группы заявили, что всегда их выполняют, единственная обратила внимание на неоднократные нарушения своих заверений об отказе от наркотиков, которые давались родителям. При выполнении рисунка «Я в начале лечения, сейчас и через месяц», вторая ситуация отличается появлением положительных эмоций, в третьей ситуации рисует себя за решеткой, объясняя, что «папа не будет выпускать из дома».

Экспериментально-психологические исследования. Тест Смишека диагностирует наличие гипертимной и демонстративной акцентуации. Согласно тесту УНП повышен уровень психопатизации. Показатель шкалы TAS (алекситимическая шкала) в пределах нормы. Самооценка по шкале Дембо-Рубинштейн: показатели образа «Я- реальное» в основном занижены, кроме шкал уверенности в себе и общительности, которые резко завышены, и здесь наблюдается слияние всех четырех образов. По пяти шкалам (внешности, интеллекта, честности, трудолюбия и доброты) «Я- презентация» превышает «Я- реальное» и

находится на четырех шкалах на максимуме, что свидетельствует о ярком стремлении к созданию имиджа внешнего благополучия. Отмечается резкое расхождение между всеми четырьмя видами самооценки. Тест на выявление эмоций показал, что наиболее часто испытывает чувства радости, гордости, надежды, беспечности, вины и обиды, но редко – зависти, страха, тревоги, презрения, гнева, скуки и стыда. Проксемический тест: свое место отметила в центре самым большим кружком, наиболее близко оказались расположены родственники и врач-нарколог, в наибольшем отдалении «наркотриада» и учитель. При оценке жизненных ценностей на первые три места относит наличие хороших друзей, любовь и свободу. Здоровье оказалось на шестом месте.

После выписки из стационара регулярно наблюдалась наркологом амбулаторно, участвовала в групповых психотерапевтических занятиях. Первое время состояние было неустойчивым: отмечалась капризность, конфликтовала с родителями, особенно с матерью, которая требовала строгого соблюдения установленных в семье правил поведения, возмущалась всякий раз, когда дочь не убирала за собой посуду. Несмотря на напряженные отношения, родители взяли её с собой в заграничную поездку.

Катамнез спустя полгода. Наркотики не употребляет, посещает нарколога регулярно, в настоящее время медикаментозного лечения не получает, учится на дому с репетиторами, готовится сдать экзамены за 9 класс. Работает у отца на фирме секретарем. Далее намерена учиться в торговом техникуме. Отношения с родителями нормализовались: стали более терпимыми друг к другу. Дружит с парнем, с которым познакомилась во время лечения в отделении (у него тоже ремиссия), он оказывает ей психологическую поддержку. С другими потребителями наркотиков отношения прекратила. Причиной ремиссии считает изменение мировоззрения, которое произошло во время психотерапии.

Анализ клинического наблюдения. С раннего детства ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», в возрасте 11 лет внимание семьи уменьшилось. В характере преобладали черты демонстративной акцентуации. Отсутствие достаточного взаимопонимания с родителями привело к поиску объекта доверительных отношений вне семьи – среди сверстников, в числе которых оказались потребители наркотиков. Яркий пример губительного действия наркотиков (смерть друга) не только не произвел устрашающего действия, но и способствовал обострению интереса к ним. Данный факт отражает эгоцентрическую антиципационную несостоятельность. Со времени наркотизации начала курить, поскольку этого требовали традиции микросоциума. Нетипичным оказалось то, что курение и первые пробы спиртного последовали за наркотиками, так же как и причина употребления – «снятие ломки». Это можно объяснить, с одной стороны, жестким социальным контролем в семье, а с другой – ранним приобщением к наркотикам (в 14 лет). Период АП практически отсутствовал, поскольку зависимость от наркотиков (опиатов) развилась очень быстро. Ко времени первой госпитализации у больной диагностировалась II стадия героиновой наркомании. Отсутствие эффекта от первых госпитализаций объясняется тем, что лечение не было полноценным, комплексным,

последовательным: отсутствовала целенаправленная психотерапия, в дальнейшем в амбулаторных условиях не получала лечения. Показательно то, что больная, несмотря на выраженные признаки болезни, смогла без медицинской помощи выйти из абстинентного синдрома в отягощающих условиях резкой перемены климата (во время поездки в Египет). Только личное наблюдение родителей за клиникой АС способствовало осознанию ими тяжести заболевания, хотя к тому времени больная уже неоднократно лечилась по поводу наркомании. Последняя госпитализация отличалась активным применением психотерапии и дальнейшей психологической поддержкой, последовала ремиссия с удовлетворительной социальной адаптацией.

Данный клинический пример свидетельствует, что эффективность лечения в большой степени зависит от характера мотивации отказа от наркотиков. Положительные установки формируются постепенно по мере приобретения жизненного опыта под влиянием разнообразных факторов, среди которых ведущее место занимает психотерапия.

Дмитрий А., 16 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился вторым ребенком, есть еще брат 25 лет. Беременность протекала нормально. Раннее развитие протекало своевременно. Посещал детский сад, с 7 лет пошел в школу, учится в основном с оценками «хорошо». В семье доминирует мать. Проживает с родителями. С раннего детства был очень привязан к отцу, который с ним много занимался. Отношения охладели в последние годы после того, как у отца возникли проблемы на работе (приватизация предприятия, смена собственника) и он стал злоупотреблять алкоголем. На протяжении последних 3 лет редко бывает трезвым. Мать не может на отца повлиять, так как большую часть времени вынуждена проводить в другой квартире, ухаживая за своим тяжелобольным отцом.

По характеру общительный, спокойный, доброжелательный, инициативный. К пьянству отца относится критически, однако большого возмущения не высказывает, не знает, как ему помочь, поскольку отец от лечения отказывается. С окружающими не очень откровенен, свои проблемы чаще обсуждает со старшим братом, который живет отдельно. Считает, что родителям его проблемы безразличны. В то же время хотел бы быть более откровенен с окружающими. Участвует в школьной самодеятельности, занимается в кружке танцев, успешно выступает на конкурсах, играет в шахматы, футбол, любит путешествовать.

Алкоголь в небольшом количестве впервые попробовал в 11 лет с друзьями за компанию. Состояние опьянения испытал в 12 лет, когда выпил с друзьями. Сначала опьянение понравилось: отмечалось возбуждение, веселость, но закончилось оно тошнотой. После этого несколько недель не мог смотреть на спиртное. В настоящее время выпивает 2-3 раза в месяц преимущественно крепкие напитки («левую» водку) и пиво. Толерантность возросла в 2 раза и составляет 200 мл водки, АС отсутствует. Передозировки отмечаются редко. Алкоголь преимущественно употребляет в компании. Некоторое время назад познакомился с пенсионером, который приглашает к себе молодежь, угощает их алкоголем. Подростки охотно ходят к нему, называют его «дедом».

Тяжелыми заболеваниями не болел, страдает хроническим гайморитом, оперирован, но существенного улучшения нет. Не курит, наркотики не употребляет. Половую жизнь отрицает.

Результаты экспериментально-психологических исследований. Уровень невротизации, психопатизации (тест УНП). По данным теста Смишека, диагностируется гипертимная акцентуация. Алекситимический тест в зоне неопределённого диагноза. Самооценка по шкале Дембо-Рубинштейн: показатели образа «Я- реальное» повышены по шкалам трудолюбия, доброты и общительности, где отмечается слияние всех четырех видов самооценки, понижен показатель по шкале здоровья. Соотношение самооценок дисгармоничное. Согласно опроснику частоты возникающих эмоций положительные эмоции преобладают над отрицательными, чувства вины и стыда испытывает очень редко. Результаты теста Спилберга: высокий уровень ситуативной и низкий уровень личностной тревожности. Тест Бэлла показал дезадаптацию в области здоровья.

Участвовал в групповом тренинге, занятия проводили в течение одного года сначала 2 раза, а потом 1 раз в неделю. Достаточно активен, хотя и не стремится быть лидером, при первой беседе предложил тему для обсуждения: должна ли девушка сохранять девственность до свадьбы. Упорно отстаивал свою точку зрения о необходимости девственности, на возражение руководителя группы, что его позиция слишком жесткая, заявил: «А Вы бы стали есть обсосанный леденец?» Первое время наряду с другими участниками испытывал скованность, боялся принять участие в упражнении на выражение своих чувств («вдруг сделаю что-то не так»). Высказывал много претензий в адрес учителей, обвиняя их в несправедливости. На вопрос: «Как можно наладить отношения с учителем?» сказал, что, по мнению его мамы, следует сделать хороший подарок. В дальнейшем стал более раскован, свободнее выполнял упражнения на выражения чувств. Принял участие в розыгрыше сценки на улице, которая снималась скрытой камерой. Успеваемость сохранялась в основном на оценку «хорошо». При завершении тренинга сообщил, что к «деду» ходит редко, есть и другие дела, спиртное употребляет 1-2 раза в месяц (пиво), допьяна не напивается.

Катамнез спустя 1 год. После окончания школы поступил в энергоуниверситет. Успеваемость хорошая, учебой доволен, успешно сдал сессию, продолжает заниматься танцами, спортом. В течение двух месяцев встречается с девушкой, интимных отношений нет. Из спиртных напитков употребляет только пиво в небольших количествах, о крепких напитках «даже думать противно». Отец продолжает пьянствовать, пропивает всю зарплату, чем ставит семью в сложное положение («даже пищу от него приходится прятать, иначе ничего не останется»). Об отце говорит в ироническом тоне, объясняет его пьянство тем, что «у него на работе все пьют» и исправить это невозможно. Обсуждена проблема привлечения отца к лечению.

Анализ случая. К числу неблагоприятных факторов относится алкоголизм отца. Вместе с тем пробанд родился еще до начала злоупотребления алкоголем, а влияние этого фактора на воспитание стало сказываться только в последние годы. Таким образом, алкоголизм

не повлиял как биологический фактор. В качестве социально-психологического предиктора он стал оказывать влияние только в последние годы, когда личность подростка в основном успела сформироваться. Гипертимный тип личности не выходит за рамки акцентуации. Аддиктивное поведение своими истоками имеет социально-психологические корни: отсутствие доверительного контакта в семье. Это заставило пробанда искать эмпатические связи в другом микросоциуме, для которого алкоголизация оказалась неотъемлемым атрибутом. Участие в групповом тренинге способствовало появлению новых эмпатических связей, гармонизации личности и, как следствие этого, резкому уменьшению потребления алкоголя до условно приемлемого уровня. Показательно, что несмотря на неоднократные предложения со стороны сверстников, подросток не был вовлечен в курение. Данный случай можно отнести к благоприятному (регрессиентному) типу течения АП.

Представленные в данной главе сведения позволяют сделать следующие выводы.

Во-первых, в приобщении подростков и формировании зависимости от ПАВ играет роль неблагополучие в семье: неполная семья (особенно в отношении юношей), пьянство одного или обоих родителей, конфликтные отношения между ними, неправильный тип воспитания (особенно гипоопека и маятникообразное).

Во-вторых, у подростков с АП и зависимостью нарушены межличностные отношения, в первую очередь с отцом и учителями, что проявляется в относительно большей доле неудовлетворенных взаимоотношениями и имеющих претензии по сравнению с контрольной группой. Отмечается также снижение откровенности с отцом и матерью, при этом у подростков из группы АП растет откровенность с сестрами и сверстниками, что, по-видимому, носит компенсаторный характер.

В-третьих, доля подростков, желающих обсуждать свои проблемы с окружающими, чаще превышает долю тех, кто достаточно откровенен, особенно это характерно для группы АП, что свидетельствует о наличии определенного резерва для повышения откровенности.

В-четвертых, особенности взаимоотношений с окружающими на этапе АП в большей степени определяются факторами, оказывающими свое воздействие до начала злоупотребления ПАВ, в то время как формирующаяся зависимость сама оказывает влияние на ухудшение отношений.

В-пятых, дезадаптация подростков, употребляющих ПАВ, определяется как факторами, действующими до злоупотребления, так и теми, которые возникают на этапе АП и зависимости.

В-шестых, наиболее значимым личностным радикалом при транзитном (благоприятном) течении АП является гипертимный в рамках акцентуации, тогда как личность зависимого подростка характеризуется преимущественно неустойчивым (у юношей) и истерическим (у девушек) типом ПХФЛ. Для них также характерны алекситимия и антиципационная несостоятельность, они реже имеют

увлечения, а их досуг менее разнообразен, чем у подростков контрольной группы.

В-седьмых, ПАВ и ранняя половая жизнь являются для этих подростков способом компенсации собственной дефицитарности.

В-восьмых, девиантное поведение подростков, злоупотребляющих ПАВ определяется как факторами, действующими до начала злоупотребления, так и возникающими в процессе его, особенно на стадии формирования зависимости.

В-девятых, описанный комплекс предикторов неблагоприятного течения АП позволяет наметить мероприятия по ранней профилактике злоупотребления ПАВ несовершеннолетними.

ГЛАВА 5. МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ.

5.1. Общие принципы психологической профилактики

Традиционно профилактика наркологических заболеваний среди подростков строилась на системе информации о вреде алкоголя и наркотиков, которая доносилась до слушателей в виде лекций, проводимых специалистами. В последние годы спектр мероприятий расширился за счет психологической работы, направленной на коррекцию личностных уклонений. Наиболее перспективным считается проведение групповых тренингов. При этом некоторые авторы приходят к убеждению, что объектом направленности этих тренингов должна быть личность, а не собственно аддиктивное поведение (Сирота Н.А. и др., 1998).

Мы полагаем, что система профилактики аддиктивного поведения должна начинаться гораздо раньше подросткового возраста, когда она заявляет о себе со всей остротой. В широком смысле она является составной частью воспитания полноценно функционирующей личности. В более узком смысле она должна быть направлена на формирование в первую очередь таких качеств личности, как самостоятельность, самодостаточность, креативность, стрессоустойчивость. Групповая психокоррекционная работа должна начинаться с младших классов школы или даже с дошкольных учреждений. Здесь могут применяться методы творческого самовыражения и игровые. Игровые методики в настоящее время занимают центральное место в групповой работе с подростками (Кулаков С.А., 1996; Марасанов Г.И., 1998; Сирота Н.А. и др., 1998). Мы же полагаем, что по мере взросления они должны уступать место обсуждению выдвигаемых членами группы личных проблем.

Психокоррекционная работа с детьми и младшими подростками проводилась А.П.Голдиной под руководством нашей кафедры в "Центре социальной поддержки детей и подростков". Применялся метод тематически ориентированной групповой арт-терапии. Опыт работы обобщен в опубликованной статье (Голдина А.П., Худяков А.В., 2001).

Апробация основных подходов и методов психокоррекционной работы с подростками 12 лет и старше проводилась нами на протяжении двух лет в школах г. Иванова и в указанном Центре. К тренингу привлекались подростки как из группы риска, так и интактные в отношении ПАВ.

Цель тренинга: посредством формирования полноценно функционирующей личности максимально отсрочить употребление алкоголя и добиться отказа от употребления наркотических и токсических веществ. У

читывая выявленные нами клинические, психологические и социальные характеристики несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, определены следующие задачи тренинга.

1. Развитие способностей несовершеннолетних: общения, антиципационных, осознания собственных эмоций и их регулирования, креативности, адекватного использования посторонней помощи, ответственности, уверенности в себе, противостояния постороннему давлению.

2. Получение несовершеннолетними информации по их запросу из области следующих основных проблем: межличностных и семейных отношений, интимной жизни, злоупотребления ПАВ и его профилактике, выбора профессии и др.

3. Гармонизация отношений несовершеннолетних с членами их семей.

4. Углубление взаимного знакомства педагогов и учащихся.

5. Сплочение школьного коллектива.

5.2. Формирование группы и режим работы

По мнению С.А.Кулакова (2000), “подростки крайне редко соглашаются на долгосрочную психотерапию, так как она требует много времени, которое приходится выкраивать из учебы ... Поэтому при работе с детьми и подростками популярным стал краткосрочный вариант”. Однако использование краткосрочного варианта требует определенных условий, которые не всегда возможно соблюсти.

Как показывает наш опыт, реальные условия зачастую требуют проведения групповой работы с коллективами, подобранными по разным принципам. В одном случае группа состоит преимущественно из подростков, находящихся в конфликтных отношениях с педагогами, которые и определяют социальный заказ. Это могут быть как типичные “трудные” подростки с девиантным поведением из социально неблагополучных семей, так и те, кто отличается хорошими способностями, но не вписывается в принятые нормы учебного заведения. В другом случае учащиеся приходят по собственной инициативе, однако и в этих группах до 2/3 составляют проблемные подростки с аддиктивным поведением. Группы могут формироваться из одноклассников или быть разновозрастными. Вне зависимости от способа формирования группы мы не проводили предварительного отбора участников. Изложенные обстоятельства требуют значительной гибкости в стиле работы руководителя группы, что позволяет обеспечить относительную ее устойчивость (максимальный отсев составил не более 1/3).

Группы, с которыми мы работали, формировались по разному принципу. Общая продолжительность функционирования составила 3 месяца дважды в неделю по два-три часа. Суммарный бюджет времени - около 40 часов. Использовались теоретико-методологические приемы гештальт-терапии, позитивной, когнитивно-поведенческой и клиент-центрированной психотерапии. Тренинг начинался как социально-психологический и постепенно обогащался элементами личностного роста. Различие понятий “групповая психотерапия” и “групповой тренинг” в этом случае являлось весьма условным.

К числу первых организационных проблем, с которыми приходится сталкиваться, является перегруженность подростков учебными занятиями и внешкольной работой, в связи с чем не все могут

регулярно посещать группу, что тормозит групповую динамику. Препятствует ей также и отсутствие постоянного помещения. Новая обстановка каждый раз отвлекает внимание, особенно у младших подростков. В связи с этим необходимо, чтобы для проведения тренинга была выделено постоянное, относительно изолированное от других учебных комнат помещение.

Как правило, группа работает в “полуоткрытом” режиме: в постоянный состав входит около двух третей, некоторые подростки приводят своих друзей, которые хотят решить конкретную проблему, и участвуют в работе хотя и активно, но короткое время. Таким образом, в каждой сессии принимает участие от 6 до 12 человек. Очень полезным оказалось участие в группе котерапевта, который был значительно моложе руководителя, и идентифицировался подростками почти как сверстник.

5.3. Групповая динамика и содержание тренинга

При работе с подростками в возрасте до 13 лет основной трудностью начального этапа является двигательная расторможенность и повышенная физическая агрессивность. Для старших же подростков характерна недоверчивость по отношению к руководителю, боязнь разглашения тайны происходящего в группе. Вопреки первоначальным ожиданиям, в разновозрастной группе старшие подростки не только не стремились поддерживать дисциплину, но и сами вовлекались в нарушения правил поведения младшими подростками, проявляя при этом признаки возрастного регресса. Их агрессивность проявлялась провокационным поведением, например, обвинениями типа: “Наша классная руководительница призналась, что Вы ей все о нас рассказываете”, предложением руководителю десять раз отжаться от пола, неэтичными вопросами, касающимися интимных сторон его жизни и др. Такое поведение являлось пробным камнем: насколько можно доверять руководителю, а также испытанием его власти. Если на начальном этапе руководитель идентифицировался ими с учителем, то в дальнейшем - со старшим товарищем. Вторая волна агрессии может проявиться через некоторое время, но в более мягкой форме, и является проверкой позиции руководителя. Так, в одной из групп несколько человек начинали употреблять ненормативную лексику, чего ранее не допускали. В связи с этим стиль руководства колебался между директивным (у младших подростков) и демократическим, но не эгалитарным (у старших).

Агрессия, проявлявшаяся группой, имела, видимо, еще одну цель: испытание руководителя на истинные чувства по отношению к группе. Спустя некоторое время от отдельных участников последовали вопросы: “Вы нас любите?” Вопросы задавались в утвердительном смысле, при этом руководителю давалось понять, что это мнение группы основывается на оценке его терпимости.

Таким образом, на начальном этапе группового процесса основной задачей является правильное реагирование на агрессию. Для этого может быть использован принцип “психологического айкидо”. Так, после выполнения требования “отжаться от пола” часть группы испытала чувство стыда, вины, сочувствия к руководителю. Обсуждение этой проблемы проводилось котерапевтом.

Показательной является форма обращения, которую выбирают подростки: если для лицеистов привычным оказалось обращаться по имени-отчеству, то посетители Центра социальной поддержки детей и подростков, среди которых преобладали социально запущенные, спонтанно стали называть руководителя “дядя Леша”.

Учитывая актуальные потребности подростков, особое внимание уделяется уважительному, безоценочному отношению к членам группы, проведению дискуссии на позиции взрослый-взрослый, исключая назидательный, менторский тон. Проблемы, как правило, выдвигают сами подростки, а руководитель только помогает их сформулировать, хотя стиль руководства и склоняется к директивному в вопросах выполнения тех или иных процедур.

В силу указанных причин групповую динамику трудно оценить с привычных позиций. Так, в группе не формировался явный лидер, несмотря на побуждение к этому со стороны ведущего. В то же время достаточно острые актуальные проблемы выносились на обсуждение иногда уже на первой встрече, хотя и имели общий характер, так, например, желание “поговорить о сексе”. С другой стороны, выяснилось, что уровень знаний по данной проблеме у них явно недостаточен, особенно в вопросах анатомо-физиологических, а также психологии половых отношений. Наше исследование подтвердило выводы, сделанные В.С.Собкиным и Н.И.Кузнецовой (1998): “... хотя интерес подростков к взаимоотношениям между полами довольно высок, адекватными представлениями они почти не обладают. Причем их знания строятся в основном на представлениях “фольклора дворовой культуры” и архетипических мифологизациях ...” Все это потребовало проведения во время тренинга своеобразного “ликбеза”. Характерно, что наибольший интерес вызвало обсуждение психологических проблем, связанных с взаимоотношениями юношей и девушек, в том числе и не имеющих непосредственного отношения к интимной жизни.

Интересы младших подростков в этом плане касались преимущественно проблемы “как познакомиться с девушкой”.

Другой острой темой обсуждения являлись взаимоотношения с учителями. Нередко конфликты с педагогами носят характер психологического противостояния, при котором каждый стремится “добиться победы” любой ценой. Что же больше всего не устраивает подростков в педагогах? Прежде всего - необъективность, которая проявляется в том, что последние “имеют любимчиков”, а также отсутствие понятных критериев отметок. Вместе с тем, школьная успеваемость являлась для многих самоцелью и не была связана с потребностью усвоения учебного материала, смысл которого им был непонятен, а содержание неинтересно. Желание получить незаслуженно высокую оценку часто диктовалось даже не внутренней потребностью, а боязнью конфликта с родителями. При этом “штрафные санкции” со стороны родителей практически не влияли на стремление к углублению знаний.

Учителям предъявлялись претензии в непоследовательности поступков, неискренности, невозможности понять их логику. Высказывалось недовольство мелочными придирками, в частности требованием, чтобы весь класс смотрел на учителя, когда он говорит.

Вместе с тем, в претензиях к учителям часто звучали инфантильные эгоистические установки. Так, например, отстаивание своего права не готовить к сроку задания с тем, чтобы потом отчитаться по ним во внеурочное время. При этом абсолютно не учитывалось право учителя на личное время. В таком случае успешным оказалось применение приема моделирования обратной ситуации, когда разыгрывалась сцена, в которой учитель предлагал ученикам перенести урок на время после занятий, так как он сейчас занят личными делами. Последующее обсуждение чувств участников, дискуссия о праве на личное время сняли остроту этого вопроса.

Большой проблемой на начальном этапе тренинга для старших подростков являлись упражнения на открытое выражение чувств и взаимодействие. Проще оказалось выполнить методику “скульптура”, которая показала свою эффективность при обсуждении проблем взаимоотношений и образа достижения. Использовались также рисуночные методики, которые играли диагностическую и терапевтическую роли одновременно, в частности коллективный рисунок “наш дом”. Так, в одной из групп, демонстрировавших внешнюю сплоченность, эта методика проявила внутреннюю отгороженность, недоверчивость: все участники изобразили себя в отдельных комнатах (в некоторых из них даже не было дверей), а в бассейне, где все должны были встречаться, плавал крокодил. Ведущий группу и котерапевт были помещены ими под крышей (что можно рассматривать как признание руководящей роли), но на окне были нарисованы решетки. Повторение этой методики на одной из последних сессий выявило положительную динамику, свидетельствующую о повышении уровня доверия и преобладании положительных эмоций.

Для демонстрации сущности конфликта, а также для проработки возможных путей его решения широко использовались методика “горячий стул” и ролевые игры. Они показали, что в большинстве случаев взаимодействие учителя и ученика во время конфликта носит неконструктивный характер и влечет за собой не разрешение проблемы, а эмоциональное отреагирование негативных эмоций с обеих сторон.

Применялись приемы позитивной терапии. Так, конфликтная ситуация обязательно рассматривалась с двух сторон: чем мешает и чем помогает описываемое поведение. Отдельно обсуждался вопрос о семейных традициях: какие из них следует сохранить, а от каких отказаться. Использование инсказаний и притч иногда наталкивалось на прямолинейность, характерную для подросткового возраста: “Что Вы все загадками говорите?” Легче воспринимались метафорические сравнения. Так, однажды демонстративное шаржированное поведение двух участников вызвало смех руководителя и части группы, который спровоцировал ответную агрессию. “Обиженным” было дано разъяснение, что смех руководителя не имеет к ним прямого отношения, а просто ему вспомнилось посещение сухумского обезьяньего питомника. Такое объяснение не только не обострило ситуацию, но и привело к разрешению назревавшего конфликта. К этому времени участники группы успели привыкнуть к праву каждого открыто высказываться о своих чувствах. Услышанное дало им возможность посмотреть на себя со стороны.

Приемы поведенческой психотерапии использовались преимущественно в виде договоров об отказе от деструктивного поведения. При этом в качестве положительного подкрепления предлагалось оказание помощи по вопросам, не имеющим непосредственного отношения к тренингу. В Центре социальной поддержки делались небольшие подарки, а в исключительных случаях вручались мелкие суммы денег. Например, с двумя подростками, обильно пересыпавшими свою речь нецензурной бранью, был подписан контракт о том, что в течение суток они не будут употреблять бранных слов. На следующей встрече группа подтвердила исполнение данного обещания, а они рассказали о том, как им удалось его выполнить и с какими трудностями столкнуться.

С точки зрения расширения самопознания, оказалось полезным следующее задание: каждый из участников должен письменно десять раз ответить на вопрос “Кто я?” (“Какой я?”), пять раз на вопрос - “Чего я хочу?” и пять раз на вопрос “Что я могу?” В дальнейшем предлагалось пронумеровать все ответы в порядке их иерархической значимости. Разъяснялось, что первая спонтанная запись в большей степени отражает неосознаваемую иерархию характеристик (как есть на самом деле), а последующая нумерация является результатом влияния социального контроля (как должно быть). В качестве примера приводился художественный фантастический фильм “Сталкер”, один из героев которого, чтобы попросить здоровья для брата, отправляется в “Зону”, оставленную инопланетянами, которая исполняет все желания. Однако вместо этого он получает мешок денег, поскольку “Зона” выполняет не просьбы, а истинные желания. В дальнейшем перед членами группы ставилась цель объяснить, как имеющиеся способности могут помочь реализовать высказанные желания.

В некоторых случаях давались конкретные “задания на дом”. Так, после обсуждения проблемы одного из участников, который считал, что его не любит учительница, было предложено после уроков подойти к ней и спросить: “Мне кажется, что Вы меня не любите? Почему?” На следующей встрече он сообщил результат состоявшейся беседы, которая убедила подростка, что он ошибался.

Эффективной оказалась методика “отзеркаливания”. Пользоваться ею следует очень осторожно, поскольку она носит эмоционально-шоковый характер и требует предварительного достижения хорошего контакта с группой. «Отзеркаливать» целесообразно регулярно проявляющиеся негативные поведенческие стереотипы. Применение этого приема может вызвать временное обострение поведенческих расстройств, однако последующий эффект оказывается весьма заметным. Так, например, мы использовали этот прием, демонстрируя участнице М. ее неадекватный смех, что привело к реакции растерянности, сопровождавшейся смехом всей группы. По прошествии нескольких занятий, М. сообщила, что ее “вылечили от смеха”.

Сходный, но более мягкий эффект выявило использование видеосъемки тренинга. Однако старшие подростки согласились на это только по истечении времени, достаточного для достижения атмосферы доверия.

Обсуждение наиболее острых проблем вызывало эмоциональное напряжение участников, которое снималось физическими упражнениями или использованием релаксационных методик.

По мере развития групповой динамики можно было отметить положительные перемены: проявлялась большая заинтересованность в выполнении предлагаемых экспериментально-психологических методик, выявились и положительные поведенческие перемены. Так, уменьшилась степень эмоционального напряжения, что выражалось, например, в отказе от курения на период занятия, а в дальнейшем некоторые из участников вообще отказались от сигарет. Подростки научились соблюдать установленные групповые правила, вести дискуссии в конструктивном стиле, возросло доверие к окружающим.

Тема вреда курения и алкоголя в этом блоке проблем обсуждалась, как правило, в последнюю очередь. Наиболее сложной она оказалась среди социально адаптированных подростков. Активнее высказывали пожелание отказаться от курения и алкоголя те, у кого возникали по этому поводу проблемы со здоровьем или нарушения взаимоотношений с окружающими, снижение учебной успеваемости.

Легче отказывались от курения и употребления алкоголя подростки с детензивной, коммуникативной и атарактической мотивацией. Это происходило после того, как была проработана основная проблема. Так, один из участников, П., 15 лет, с первого же дня обратил на себя внимание повышенной агрессивностью: он делал угрожающие жесты в адрес младшего брата, также участвовавшего в тренинге, грубо с ним обходился, причиняя ему боль. Братьям было предложено на время тренинга заключить "перемирие". В дальнейшем было замечено, что П. имеет привычку покусывать карандаш или авторучку. Тогда использовалась методика "усиления", в процессе выполнения которой он "изгрыз" карандаш. При этом П. осознал, что "грызет" одного из членов группы, который вызывал раздражение и у остальных участников. На следующую встречу с группой П. не явился, а подростки сообщили, что он "запил" и прогуливает занятия. Появившись на очередной групповой встрече, П. рассказал, что выпивал почти ежедневно с друзьями, поскольку их поил сын "нового русского", однако сейчас он понял, что они ему не друзья, и расстался с ними. Дальнейшее наблюдение в течение 8 месяцев показало, что П. употребляет алкоголь только в семье в небольших дозах по праздникам, хотя раньше выпивал не реже, чем раз в неделю. Он также резко сократил курение (с 15 до 5 сигарет в день). Изменились отношения с младшим братом, который теперь вместо жалоб на агрессивность старшего, высказывал пожелание чтобы П. уделял ему больше внимания.

Другой подросток, А., 12 лет, объяснял частые выпивки тем, что ему трудно "познакомиться с девушкой", а в пьяном виде он становится смелее. После решения этой проблемы (обмен опытом в группе, совет поговорить на эту тему со старшей сестрой) он отказался от алкоголя и курения.

Сильную эмоциональную реакцию вызвало чтение в круге статьи О.Руссиновой "Все и ничего о наркомании. Исповедь матери" (Психологическая газета, 1999). Одна из участниц попросила дать ей статью домой, чтобы показать друзьям.

После обсуждения проблемы курения некоторые выразили желание пройти соответствующий курс лечения. В этой ситуации для подростков, не достигших 15 лет, требуется согласие родителей, которое невозможно было получить из-за категорического требования сохранить эту тему в тайне от родителей. Тем не менее, часть подростков 13-14 лет самостоятельно обратилась к наркологам, и им было проведено лечение без информирования родителей.

В процессе тренинга может возникнуть необходимость в оказании наркологической и психиатрической помощи или, по крайней мере, в консультации соответствующего специалиста. В том случае, если тренинг проводится врачом-психотерапевтом, он может самостоятельно провести консультацию при условии соблюдения "Закона о психиатрической помощи ...", однако предпочтительнее, чтобы руководитель тренинга не идентифицировался членами группы с лечащим врачом, поскольку это может нарушить имидж группы и вызвать у участников ощущение, что их "лечат".

Не все проблемы подростки соглашались вынести на групповое обсуждение, в этом случае им предлагались индивидуальные консультации. Стимулировало вынесение проблем на обсуждение применение экспериментально-психологических методик с последующим обсуждением их результата.

В процессе групповой работы у аддиктивных подростков выявлялись черты инфантилизма. Например, они стремились переложить на руководителя ответственность в вопросах решения проблем с учителями (просили "вправить мозги" классной руководительнице). Несмотря на частые выражения недовольства поведением педагогов и одноклассников, практически все учащиеся выпускного класса высказали фантастическую мечту "поучиться в школе еще лет пять". Объясняли они это наличием привычного стереотипа; неопределенность будущего их страшила. Некоторых даже говорили о том, что не хотят взрослеть. Это мы рассматриваем как "синдром Питера Пэна", являющийся одним из проявлений инфантильности.

Исходя из принципов континуальной терапии Ю.В.Валентика (1999), мы попытались проработать нормативные личностные статусы. Для осознания "Я-телесного" предлагалось в релаксационном состоянии представить свое тело изнутри в виде оболочки и промазать его смазкой. Для подростков-аддиктов эта процедура оказалась неприятной. Телесная оболочка ими ощущалась покрытой слизью, обвисала, как снятая одежда, тогда как их сверстники, не вовлеченные в употребление ПАВ, чаще ощущали свое тело упругим, розового цвета, сама же процедура вызывала интерес.

Статус "Я-сын/дочь" прорабатывался при помощи методики скульптуры, изображающей его отношения с родителями. В дальнейшем мы пригласили на одно из занятий родителей. Хотя пришли не все и только матери, но даже один сеанс семейной психотерапии оказался полезным. Так, детям и родителям было предложено выполнить ассоциативную методику "если моя мама/дочь - цветок (животное, автомобиль ...), то какой?". Это позволило в безболезненной форме выразить друг другу свое отношение. Групповое обсуждение проблем приводило к тому, что некоторые родители

переоценивали уровень своих притязаний к детям, видя более серьезные конфликты в других семьях.

Проработка других статусов (“Я-профессионал”, “Я-партнер”) оказалась затруднительной ввиду их несформированности. Для этого пришлось использовать “медитацию о будущем”: в релаксационном состоянии предлагалось представить себя через десять лет, обратить внимание на тех, кто находится рядом, посмотреть на себя в зеркало. Далее делался рисунок увиденного. Подростки с АП изображали себя значительно моложе предполагаемого возраста. При этом содержание рисунков юношей было более инфантильным, чем девушек. Если последние рисовали возле себя партнера и кровать с младенцем, то для первых были характерны рисунки типа “Я и мама смотрим телевизор”. Рисунки подростков, не вовлеченных в употребление ПАВ, были ближе к реальности и политематичны. Так, один юноша изобразил себя идущим с работы под руку со спутницей, а во дворе на лавочке – одного из членов группы с гитарой и бутылкой спиртного.

Тормозящим фактором для более широкого распространения указанной методики явилось пессимистическое отношение части педагогов к целесообразности тренинга. Их ожидания (формирование послушания) не всегда совпадали с реальностью (появление самоуважения, самостоятельности подростков). В значительной степени адекватному восприятию мешали старые стереотипы. Так, когда одна из групп шла на тренинг по школе, распевая песню, это было расценено некоторыми педагогами как признак опьянения.

Из вышеизложенного следует, что педагоги в не меньшей степени (а может быть, и в большей) нуждаются в проведении психологической работы для оздоровления психологического климата в коллективе.

5.4. Большая ролевая игра

В процессе проведения описанных тренингов мы столкнулись с необходимостью более широкого вовлечения в процесс коллектива учебного заведения. Расширить количество участников возможно за счет перехода на так называемые “большие ролевые игры”. Нами была разработана игра под условным названием “Школа без наркотиков”, позволяющая привлечь до 30 и более человек. В игре участвуют как учащиеся старших классов (не менее 2/3 от общего количества), так и педагоги.

Основная цель тренинга: в игровой форме ознакомление подростков с проблемами современной школы, важнейшей из которых является проникновение “аддиктивной философии” в образ жизни учащихся, и обучение их способам противодействия вовлечению в употребление ПАВ.

Игра нами проводилась по воскресеньям один раз в месяц по 8 часов с перерывом на обед. Желательно, чтобы процесс проходил вне помещения учебного заведения.

Игра включает в себя 4 этапа: “разогрев”; ознакомление участников с правилами, фабулой игры, игровыми ролями; собственно ролевая игра; обсуждение и подведение итогов.

“Разогрев” может осуществляться с использованием различных упражнений, таких как “движение молекул” (соединение участников по

команде по два, по три ... по пять), «прохождение по мостику», «беседа слепого, глухого и немого», «земляне и инопланетяне», упражнения на развитие доверия и т.д.

Каждому из участников мастер игры выдает по собственному усмотрению карточку с его ролью и кратким описанием задач. Замена ролей не допускается. К мастеру можно обращаться с просьбой, но не спорить, он может во время игры вводить новые ситуации.

Действие происходит в обыкновенной современной российской школе. Ее коллективу предлагается подготовить на конкурс проект программы по борьбе с алкоголизмом и наркоманией. Таким образом, ролевая игра включает в себя дискуссионный клуб с элементами мозгового штурма. При выборе ролей мы руководствовались нашим пониманием распределения их в современной школе.

5.4.1.Инструментарный аппарат игры

Деньги («пиастры») имеют свободное хождение среди участников, изначально каждый имеет определенную сумму (не менее десяти денежных единиц). Их функции в игре - те же, что и в реальной жизни, плюс возможность использования их в «волшебной лавке». Жетоны ненависти: в начале игры каждый имеет минимум по одному, некоторые - больше (например, наркоман), задача каждого - избавиться от них. Жетоны благодарности в начале игры имеют почти все (минимум по одному), задача - заработать как можно больше. «Волшебная лавка» позволяет продать, купить, заработать или обменять способности, жетоны и деньги. Продавцом в лавке является сам мастер или его помощник.

5.4.2.Описание игровых ролей

Все роли условно распределяются на две группы: взрослых и учеников. Роль наркодилера может быть отнесена к любой из этих групп.

Группа взрослых.

«Директор». Должен обеспечить привлекательный имидж школе, собрать деньги (триста пиастров) на неотложные нужды (ремонт здания или поездку спортивной команды на соревнования). Имеет право штрафовать учителей и учеников за нарушение распорядка школы (одно нарушение - один пиастр).

«Дежурный учитель». Обеспечивает порядок в школе во время своего дежурства. Задача - обнаружить пять нарушений дисциплины. Нарушителям вручает жетон ненависти.

«Классный руководитель». Обеспечивает успешную работу класса. Несет ответственность за порядок в классе и здоровье учащихся. Задача - найти для исполнения пяти номеров в конкурсе самодеятельности учащихся, которые должны продемонстрировать свои способности во время игры (прочитать стихи, спеть песню, танцевать и т.д.). Имеет 8 жетонов благодарности для поощрения участников самодеятельности.

«Замдиректора». Организатор, его задача - сделать так, чтобы в школе не было конфликтов. Старается всех примирить. Задача - помочь урегулировать не менее трех конфликтов.

«Замученный учитель». Уставший от жизни, загруженный своими домашними проблемами (нехватка денег, больные родители...). Задача - получить у директора материальную помощь в размере 20 пиастров для покупки лекарств для больной матери.

«Учитель - любимец класса». Пользуется любовью и авторитетом учащихся. Должен набрать от участников игры не менее шести жетонов благодарности.

«Обвиняющий учитель». Считает учеников лентяями, а других учителей бездарными, никогда не признает своих ошибок. Задача - найти повод для вручения пяти жетонов ненависти тем, кто ему не нравится.

«Охранник». Обеспечивает порядок, не пропускает чужих, обязан выявить всех лиц, причастных к распространению и употреблению наркотиков. При выявлении сообщает мастеру, при двух ошибках увольняется. При выявлении каждого нарушения получает от 1 до 5 пиастров.

«Уборщица». Следит за соблюдением чистоты в школе, склочная и крикливая. Имеет информацию, что в школе есть два распространителя наркотиков и что кто-то из учеников помогает отцу-журналисту собирать компромат на школу. Может использовать информацию в своих целях. Задача - собрать 50 пиастров на шубку внучке.

«Чиновник управления образования». Ищет различные нарушения порядка в школе, чем усложняет жизнь директору и учителям, может требовать невыполнимого, заботится о том, чтобы никакая отрицательная информация не попала в средства массовой информации. Может штрафовать педагогический коллектив за каждое выявленное нарушение на сумму до 3 пиастров.

«Богатый родитель». Имеет двести пиастров. Задача - устроить в школу ребенка и обеспечить его хорошую успеваемость.

«Психолог». Дает советы учителям и учащимся, получая от них в качестве оплаты полжетона благодарности. Эта роль в зависимости от ситуации может быть поручена школьному психологу или кому-то из педагогов.

«Участковый милиционер». Действует в школе по приглашению администрации, выполняет задачи соответственно ситуации.

Ученики

«Наркоман». Втянулся в употребление героина, «кайфа» не получает. Каждые 20 минут требуется новая доза, в дальнейшем эти промежутки времени сокращаются. В начале игры принял одну дозу наркотика. При пропуске дозы начинается «ломка». За ее наступлением следит помощник мастера игры, он же при необходимости помогает ее изображать. При обнаружении употребления наркотика охранником или милиционером получает наказание - попадает в одиночную камеру не менее чем на десять минут. Имеет десять жетонов ненависти; чтобы излечиться, должен от них избавиться. Каждый раз при получении дозы наркотика бросает монету, если выпадает «орел» - получает символ наркотика (жевательную резинку), если «решка» -

передозировка - должен съесть что-то неприятное (лимон без сахара, лук, чеснок).

«Потребитель «легких» наркотиков». Попробовал один раз гашиш, и это ему понравилось, хочет попробовать еще раз. Имеет пять жетонов ненависти, от которых должен избавиться, чтобы стать свободным от наркотика. Знает, что «ребенок крутого» имеет «Путеводитель по интернету».

«Наркодилер». Имеет деньги (тридцать пиастров), наркотики двух типов - сильные (жевательная резинка) и слабые (конфеты). Задача - заработать двести пиастров и вовлечь в употребление наркотиков не менее трех человек. Подозревает, что у него есть конкурент. В случае выявления его охранником попадает в одиночную камеру не менее чем на десять минут.

«Подлиза». Стремится заслужить поощрение от учителя, угрожает ему. Имеет два жетона ненависти, от которых должен избавиться. Хочет заработать деньги на магнитофон (тридцать пиастров).

«Зазнайка». Считает себя самым умным, ко всем относится высокомерно. Имеет два жетона ненависти. Задача - получить два жетона благодарности.

«Звезда». Местная красавица, на нее обращают внимание юноши, девушки ей завидуют. Имеет десять «жетонов благодарности» для поощрения юношей.

«Мелкий пакостник». Устраивает всем каверзы, старается разозлить, выставить в нелепом виде и т.д. Знает, что уборщице нужны деньги. Имеет три жетона ненависти, от которых должен избавиться.

«Ребенок «крутого» родителя». Стремится показать свое превосходство над всеми окружающими. Имеет два жетона ненависти и сорок пиастров. Имеет «Путеводитель по интернету». Задача - получить десять жетонов благодарности.

«Профессиональный отличник». Стремится окончить школу с медалью и во всем быть примерным перед учителями. Задача - заработать пять жетонов благодарности.

«Совесть класса». Не терпит лжи, принципиален. Задача - выявлять любую ложь и несоответствие в поведении и словах людей. Должен обнаружить пять моментов лжи («поймать за руку»), за которые виновному вручается жетон ненависти (выдает мастер).

«Лидер». Пользуется авторитетом, уверен в себе, инициативен, к нему часто обращаются за помощью. Задача - сплотить класс, завоевать и сохранить свой авторитет.

«Клоун». Должен быть всегда в центре внимания, шутит, дурачится, но не зло.

«Ученик-пессимист». Постоянно высказывает сомнение в успехе любого дела, задача - повергнуть всех в депрессию.

«Ботаник». Интересуется только наукой, книгами, интернетом. Задача - найти и приобрести «Путеводитель по интернету».

«Сын (дочь) журналиста». Все «вынюхивает», должен получить информацию о «жареных фактах» (не менее трех). Может ее покупать. Имеет деньги - тридцать пиастров.

«Плохая девчонка». Курит, плохо учится (неинтересно), грубит, употребляет алкоголь, выглядит вызывающе. Задача - найти спрятанную в помещении бутылку с алкоголем (лимонадом) и тайно от взрослых выпить. После употребления 100 г наступает легкое опьянение (на 10 минут делается веселой, шутит), 200 г - опьянение средней степени - в течение четверти часа возбуждена, скандалит, 300 г - тяжелое опьянение - 20 минут находится без сознания.

«Казанова» (покоритель женских сердец). Считает себя неотразимым, обращает внимание на девушек, стремится им понравиться, влюбить в себя, подружиться. Задача - добиться расположения двух девушек и получить от них по жетону благодарности.

«Хулиган». Грубит учителям, обижает одноклассников, может выпивать, курить, употреблять наркотики. Имеет три жетона ненависти, от которых должен избавиться.

В конце каждой встречи подробно обсуждается игра с акцентом на результатах исполнения задач, на том, как себя чувствовал участник в отведенной ему роли, как часто подобные роли встречаются в жизни. Анализируются также меры по борьбе с алкоголизмом и наркоманией, разработанные во время игры, которые при следующей встрече по мере возможности реализуются. Так, если предлагались меры жесткого контроля за проникновением в школу наркотиков, то «охраннику» и «милиционеру» предлагается обыскивать и «обнюхивать» всех входящих в школу. Роли раздаются на каждой встрече заново по принципу контраста. Педагогам предлагаются роли учеников, а ученикам - преимущественно педагогов. По этой схеме игра может продолжаться два-три дня.

В дальнейшем темой игры может стать суд над наркодилером, если таковой будет обнаружен во время игры. В этом случае распределение ролей происходит иначе. Выделяются основные роли участников процесса: судья, присяжные заседатели, подсудимый наркодилер, прокурор, адвокат, следователь, все остальные участники были свидетелями. Опыт проведения игры показал, что роль судьи должен исполнять человек, элементарно знакомый с основами судопроизводства, поэтому ее лучше предложить кому-либо из взрослых. При этом судья играет роль дирижера, побуждая участников игры к большей активности. В отличие от предыдущих сессий, роли участникам раздаются, но они имеют право до начала игры обменяться ими между собой.

По ходу игры может возникнуть необходимость в получении свидетельских показаний от судебно-медицинского эксперта или врача-нарколога. Их выступление в суде должно превратиться в диалог, раскрывающий суть и последствия наркомании.

Другая тема судебного заседания - бракоразводный процесс. Здесь также предлагаются роли согласно наименованию участников судебного процесса: судья, отец, мать, дети, свидетели (соседи,

сослуживцы, друзья участников процесса). Как правило, в самом начале процесса всплывает мотив развода - пьянство отца. Если этого не происходит, то на пьянство могут указать свидетели (в качестве свидетеля выступает кто-либо из взрослых участников).

Первый опыт проведения игры показал, что она достоверно моделирует реальную жизнь. Так, директор использует деньги «богатого родителя» для ремонта школы, за обещание сделать поблажки его ребенку. «Потребитель легких наркотиков» достаточно быстро находит путь отказаться от своей пагубной привычки, а «наркоман», решив, что от десяти жетонов ненависти ему не избавиться (что отражает излечение), употребляет все силы на поиск наркодилера и помогает ему распространять наркотики за получение бесплатной дозы.

В ходе игры выявляется недостаточная способность участников пользоваться помощью психолога и возможностями «волшебной лавки». На это обращается внимание при разборе результатов первого дня. При продолжении игры на следующей сессии участники устраняют эти недостатки. Так, директор школы использует «волшебную лавку» для зарабатывания денег на ремонт школы. Для этого он привлекает педагогический коллектив и устраивает платный концерт силами участников. Создавшаяся атмосфера дружеского участия и безопасности позволяет проявить себя тем подросткам, которые в обычном общении испытывают трудности. Так, застенчивая девочка впервые в жизни решается выступить в организованном «концерте художественной самодеятельности» с песней. Видя ее смущение, несколько одноклассниц спонтанно начинают подпевать ей.

Иногда в процессе игры выявляются новые проблемы, актуальные для участников. Они могут быть обсуждены после завершения основной игры или с этой темы может начаться новая сессия. Обсуждение включает в себя малые ролевые игры, а также такие приемы, как построение скульптуры и др.

В числе проблем, предложенных для ролевых игр, были, к примеру, заседание педсовета по поводу неправильного поведения учащегося, проблема первого знакомства юноши и девушки ...

В некоторых случаях участники разбивались на две подгруппы (если нужно было подготовиться к конкурсу и сыграть каждой группе мини-спектакль, посвященный актуальным проблемам молодежи). Работа в малых группах использовалась также для выполнения других заданий, таких как «сборы в дорогу», когда группа «собирает чемодан» для одного из участников и кладет туда недостающие для него личностные качества, удаляя те, которые ему мешают.

Как показывает наш опыт, интерес подростков к обсуждению тематики девиантного поведения постепенно угасает, поэтому общая продолжительность игры может составить 5-6 сессий (суммарно это составляет 40-50 часов, т.е. время, равное краткосрочному варианту групповой психотерапии).

Наиболее важным результатом игры явилось то, что она стала тренировочной площадкой для апробирования подростками новых для себя видов антинаркотического поведения, включая такой опыт, как

копинг-стратегии, выявление наркоманического поведения у окружающих, а также попыток вовлечения в этот процесс самого подростка, опыт противостояния групповому давлению и соблазнам, обращения за помощью (привлечения к разрешению проблем товарищей, взрослых - родителей, учителей, специалистов), опыт использования собственных ресурсов и способностей.

5.5. Эффективность

Нами было проведено 5 тренинговых групп по первому варианту (56 человек) и одна - по второму варианту (25 учащихся и 5 учителей). Непосредственный результат тренинга в виде влияния на аддиктивное поведение можно оценить следующим образом.

Полный отказ от употребления психоактивных веществ подростками из группы риска отмечается не более чем в 10% случаев. В основном это подростки, у которых аддиктивное поведение тесно связано с конкретной психологической проблемой и не обладает самостоятельной ценностью, а также вызывает дополнительные проблемы (повышенные финансовые затраты, дополнительные конфликты, связанные со снижением школьной успеваемости, которая для них актуальна, и др.).

Для 70% случаев характерен стабилизирующий эффект. Поскольку практически все подростки уже были знакомы со вкусом алкоголя, трудно было ожидать от них полного отказа от спиртного, особенно в отношении старшеклассников. Поэтому мы относим к положительному результату те случаи, когда употребление алкоголя не выходило за рамки эпизодического, а подростки, из группы риска, заметно снижали потребление алкоголя до "условно безопасных" размеров.

Около 20% подростков и после проведенного тренинга продолжали употребление алкоголя и курение в размерах, характерных для группы риска, несмотря на заметные поведенческие изменения. Для них были характерны глубокие личностные проблемы, употребление алкоголя имело многоаспектную мотивацию. В качестве положительного результата следует рассматривать тот факт, что все подростки, эпизодически употреблявшие наркотические и токсические вещества, прекратили их прием (катамнестический период - 1 год).

Указанные эффекты, по-видимому, объясняются положительным влиянием тренинга на тревожность и агрессивность, что подтверждается экспериментально-психологическими исследованиями. Методика ШРЛТ показала снижение (нормализацию уровня) реактивной тревожности уже в процессе одной сессии большой ролевой игры у 55% участников. Она осталась на прежнем (низком) уровне у 32% и повысилась до среднего уровня у 13%.

Наиболее показательными, на наш взгляд, являются проективные методики психологических исследований, которые выполнялись неоднократно (как минимум в начале тренинга и в конце). Характерно, что рисунки, выполненные участниками как первого тренинга (рис.1-4), так и второго (рис.5,6), отражали общие тенденции снижения агрессивности (рис. 1,4) и интеграции личности (рис. 2, 3, 5). При этом проективные методики выявили положительную динамику даже в тех

случаях, где сам участник отрицал наличие существенных изменений (рис.4).

Помимо решения основной задачи большая ролевая игра имела еще один результат. По отзывам учителей, они раскрыли в учащих новые, ранее им неизвестные качества, стали их лучше понимать, что снизило тревожность перед работой с ранее незнакомыми им классами.

В целом психологический тренинг подтвердил основные выводы, сделанные по результатам массового анонимного анкетирования учащихся, проведенного нами ранее.

В процессе проведения тренингов для ознакомления с методикой работы приглашались разные специалисты: врачи-психотерапевты, психологи, клинические ординаторы, социальные работники (всего более 10 человек). Некоторые из них присутствовали на 1-2 сессиях, другие участвовали в качестве котерапевтов на протяжении всего курса. В дальнейшем с каждым из них было проведено собеседование, во время которого они высказывали свою точку зрения относительно методики, а также оценивали свою возможность самостоятельного проведения подобных тренингов. Трое из них в дальнейшем самостоятельно проводили аналогичные тренинги.

На основании опроса специалистов и анализа их последующей работы по указанным методикам были сделаны следующие выводы. Во-первых, признана целесообразность проведения тренингов в предложенном виде. Во-вторых, около половины специалистов, ознакомившихся с методикой, высказали заинтересованность в самостоятельном проведении тренингов. В-третьих, успешность руководителя группы в большей степени зависит не от наличия клинических знаний и психотерапевтического опыта (которые несомненно также важны), а от его личностных качеств, среди которых ведущими являются следующие: осознанная мотивация на данный вид работы, способность к эмпатии, нестандартному мышлению и поступкам, толерантность к критике, чувство юмора, самоиронии.

5.6. Групповая психотерапия зависимостей

К настоящему времени является общепризнанным фактом, что психотерапия является важнейшим компонентом при лечении болезней зависимости. Групповая психотерапия у подростков играет особую роль в силу того, что для них повышенную значимость приобретает обратная связь, получаемая не от взрослых, а от сверстников.

Развернувшаяся дискуссия по поводу наиболее эффективного метода в групповой психотерапии у подростков (Кулаков С.А., 2000; Эйдемиллер Э.Г., 2001), по нашему мнению, не актуальна, поскольку каждый специалист выбирает наиболее подходящий для него метод. В этом случае можно согласиться с В.В.Батищевым (2000), что психотерапевтическая работа с наркологическими больными требует применения различных методик. Мы полагаем также, что в большей степени следует ориентироваться на подбор метода к группе, а не наоборот.

В настоящее время в Ивановской области групповая психотерапия с наркологическими больными проводится преимущественно в виде «марафона» продолжительностью 10-12 дней в условиях стационара с

тщательным предварительным отбором больных, предусматривающим, в частности, наличие периода воздержания от наркотиков и активную мотивацию на участие в этой форме работы. В то же время больные, поступившие в стационар в связи с рецидивом наркологического заболевания, в групповую психотерапию вовлекаются лишь эпизодически.

С целью отработки модели психотерапевтической помощи мы провели три курса групповой психотерапии в детско-подростковом стационаре. Госпитализированные подростки в основном имели установку на снятие абстинентного синдрома и скорую последующую выписку. В связи с этим мотивация на участие в группе была чрезвычайно слабой.

Указанные обстоятельства диктовали условия формирования группы и применяемые методики. Традиционно групповая психотерапия среди указанного контингента проводится в закрытых группах (Кулаков С.А., 1988; Игонин А.Л., Иконникова Е.Ю., 1993), однако в наших условиях это было невозможно из-за ограниченности выбора (стационар на 15 коек) и разной длительности пребывания и сроков выписки больных, что определило выбор в пользу открытой группы. В связи с кратковременностью нахождения значительной части больных в стационаре привлекать их в группу приходилось еще до полного выхода из абстинентного состояния, иногда на четвертый-пятый день после поступления в больницу. Для усиления мотивации на участие в группе использовалось обещание дополнительных льгот по ослаблению ограничений режима в отделении.

Как правило, в группе присутствовало от 5 до 8 подростков. Продолжительность ежедневных занятий составляла от 1 до 1,5 часов. Существенным препятствием для эффективной работы группы была не только постабстинентная психопатологическая симптоматика, но и следующие характерологические особенности участников. Во-первых, установка на пассивное времяпрепровождение: подростки предпочитали в свободное время смотреть телевизор, играть в настольные игры, спать, или проводить его в разговорах друг с другом. Для всех них было характерно снижение собственной ответственности за результат лечения, в связи с чем наиболее значимым они считали медикаментозное лечение, и только двое из группы называли наиболее значимым методом психотерапию. Во-вторых, повышенная отвлекаемость внимания, отсутствие интереса к темам, не затрагивающим непосредственно него, но актуальных для других. В-третьих, большинству подростков была свойственна алекситимия.

Указанные обстоятельства диктовали нам цели (задачи) психотерапии и применяемые методы. Основной задачей являлось добиться поведенческих изменений, уменьшить конфликтность и повысить мотивацию на пребывание в стационаре, что в дальнейшем могло бы способствовать, в случае продолжения реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях, становлению ремиссии.

Общие принципы психотерапии были апробированы нами во время проблемно-ориентированных тренингов с учащимися школ, среди которых преобладали подростки с аддиктивным поведением. Базовым методом был выбран гештальт-подход. Этот выбор определялся

следующими обстоятельствами: с одной стороны, позиция “здесь и сейчас” хорошо вписывалась в психологические особенности контингента, ориентированного только на события текущего дня, с другой стороны, ориентация на переживания, вербализация своих чувств требовались подросткам для получения навыка преодоления свойственной им алекситимии.

Рациональная и когнитивная психотерапия применялись преимущественно с целью разъяснения особенностей их заболевания и назначаемого лечения. Из поведенческой психотерапии использовался прием договора. Из позитивной психотерапии - ее главный принцип - рассмотрение проблемы в двух основных аспектах: чем она мешает и чем помогает. Применялись также ролевые игры для демонстрации конфликтных ситуаций и поиска путей выхода из них. Для снятия напряжения использовались физические упражнения и приемы релаксации.

Для усиления эффекта обратной связи с согласия участников группы использовалась видеозапись, которая затем коллективно просматривалась и обсуждалась. Как и следовало ожидать, наибольший интерес у группы вызвали первые видеозаписи, это было связано, в частности, с тем, что большинство участников ранее не видело себя на телеэкране. Просмотр оказал некоторое корригирующее влияние на вызывающе-демонстративное поведение некоторых из них. Интерес к последующим видеосъемкам постепенно угас.

Существенным моментом психотерапии является поиск личностных ресурсов, которые могли бы стать “зоной роста” личности. Для этого предлагалось рассказать о случае, когда подросток почувствовал себя победителем. К сожалению, ресурсы подчас оказываются очень слабыми или неадекватными. Так, один из подростков после минутного смущения, рассказал, что почувствовал себя победителем после того, как успешно обворовал с приятелем квартиру.

Нередко взаимоотношения между подростками и персоналом наркологического отделения строятся по принципу «Родитель – Ребенок», иногда соскальзывая на отношения заигрывания «Ребенок – Ребенок». Подобное характерно для взаимоотношений подростка с окружающим миром и, прежде всего, в его семье. Поэтому персонал вольно или невольно включается в его патологические паттерны. Некоторые наркологи в беседе с больными обильно пересыпают свою речь наркоманическим жаргоном, объясняя это необходимостью психологического присоединения, однако эта позиция нивелирует значимость последующей психологической работы, настраивая пациента на отношение к врачу как к «сообщнику». неизбежно возникающие последующие поведенческие проблемы вызывают смену ролевых взаимоотношений на «Карающий Родитель– Ребенок». Получив соответствующее наказание в виде ограничения режима и назначения пиротерапии, больной получает прощение по сценарию «Возвращения блудного сына» и ролевые взаимоотношения трансформируются в схему «Прощающий Родитель – Ребенок» с последующим переходом к комфортной для обеих сторон позиции «Ребенок – Ребенок».

Для исключения такой игры в начале групповой терапии, кроме обычных правил, заключалась договоренность о запрете употребления

жаргонных слов. Для этого проводилась соответствующая разъяснительная работа в виде микролекции с разъяснением основной медицинской терминологии. Ролевое взаимодействие преимущественно протекало по принципу «Взрослый – Взрослый», хотя позиция руководителя сохранялась близкой к директивной.

Большие затруднения у подростков вызывали задания на выражения своих чувств, а также на их вербализацию. Требовалось приложить много усилий, чтобы убедить их выполнить простейшие упражнения, так например, индивидуально поздороваться с каждым из участников. Это задание вызывало у них опасения «сделать что-то не так». Аналогичная тенденция была нами ранее выявлена во время тренингов с подростками, характеризующимися аддиктивным поведением. Она объясняется, видимо, большей частотой встречаемости алекситимии у данного контингента по сравнению с популяцией.

Для проработки нормативных статусов личности (Валентик Ю.В., 1999) использовались те же приемы, что и во время тренингов с учащимися. При этом были выявлены те же тенденции, но более выраженные. Так, в отдельных случаях они вообще не могли представить свое тело изнутри. Это отражало бедность их фантазии, которая проявлялась в неспособности выполнить и другое упражнение – «медитация о будущем».

Если подростки из контрольной группы в медитативных рисунках отражали себя повзрослевшими, имеющими свою семью, то подростки с аддикцией как бы застыли в своем развитии, изображая фактически сегодняшний день. В некоторых случаях в рисунках присутствовал элемент наивной фантазии: например, на фоне бедной обстановки изображался дорогой лимузин.

Гораздо большую заинтересованность участники проявили к методу имаго-терапии. Предлагались традиционные образы, такие как луг. Вопреки нашим ожиданиям, у большинства подростков ассоциации были вполне адекватными, несмотря на наличие сохраняющегося влечения к наркотику и аффективные колебания. Традиционно наркоманические ассоциации в виде цветов мака отмечались только у отдельных подростков, имевших опыт употребления самодельного опия. Следовательно, данные ассоциации отражают не общие закономерности заболевания, а конкретные особенности личного опыта.

Для развития фантазии и образного мышления предлагались и другие проективные рисунки, например, изображение проблемной ситуации и ситуации после разрешения проблемы. Эти рисунки выполнялись с большим интересом и не вызывали существенных затруднений. Предлагалось выполнить также рисунок «Наш дом». Отмечалось определенное сходство этого рисунка в группе подростков с аддиктивным поведением и у больных зависимостями: отсутствие взаимодействия между участниками (отсутствие дверей в комнатах, каждый занят своим делом) и ощущение внешней угрозы у некоторой части группы. Так, подростки из стационара изобразили крепостную башню, а один из них нарисовал себя в виде рыцаря с мечом, закованного в латы; у подростков с аддиктивным поведением дом охраняла большая собака, а в бассейне плавал крокодил.

Попытка применения транзакционного анализа оказалась неудачной как в группе подростков с аддиктивным поведением, так и у подростков в стационаре. Связано это с тем, что применение метода требует высокой степени мотивации и определенного интеллектуального напряжения, активной личной работы. Подростки же стационара в большей степени были ориентированы на помощь извне, т.е. характеризовались экстернальностью, что отражалось в уменьшении доли личной ответственности за успех лечения, определяя ее размер от 5% до 50%. Эта тема также становилась объектом обсуждения.

Вопреки первоначальным опасениям, достаточно эффективной оказалась методика «горячего стула», использовавшаяся для проработки как межличностного, так и внутриличностного конфликта. В отдельных случаях эта методика вызывала бурно переживаемые чувства, например, когда демонстрировался диалог между больным и продавцом наркотиков или между «Я – нормативным» и «Я – патологическим». Эта методика помогала больному осознать особенности его патологического влечения, являлась своеобразным прививочным тренингом, повторное его использование показывало постепенное сужение зоны «Я – патологического» и расширение «Я – нормативного».

Для большинства подростков наркологического отделения оказалась характерной проблема нереализованных претензий на лидерство. Эта тема прорабатывалась с использованием метода «поводырь и слепой», последующее обсуждение выявило, что большая часть из них более комфортно чувствовала себя в позиции слепого. Этой же задаче служило упражнение на «прохождение по коридору» в образе уверенного, неуверенного и делового человека.

Проблема лидерства была тесно связана с проблемой создания внешнего имиджа благополучия. Видимо, по этой причине они менее охотно, чем другие подростки, в том числе и с аддиктивным поведением, выносили на групповое обсуждение свои глубинные проблемы. Для некоторых из них такими проблемами являлись темы, связанные с наркотиками, выявлявшие в группе две тенденции: «не могу молчать» и «не хочу говорить». Последняя позиция объяснялась преобладанием тенденций психологической защиты в виде отрицания и вытеснения, а на словах выражалась желанием «поскорее забыть наркотики». В связи с этим приходилось использовать дополнительные индивидуальные консультации, во время которых они раскрывались с неожиданной глубиной, сообщая о себе даже компрометирующие сведения, которые скрывали от окружающих. Именно в таких условиях прорабатывались наиболее значимые конфликты при помощи методики «горячего стула». Использовались также дополнительные занятия в малых группах (3-4 человека), которые создавались с учетом взаимной психологической совместимости и интересов.

Оценить влияние проводимой групповой работы на конечный результат лечения было весьма затруднительно, в частности, потому, что мы не имели возможности формировать общий психотерапевтический климат в отделении. Однако среди больных, участвовавших в группе, уменьшилось количество конфликтов, снизилось число нарушений режима отделения. В целом, как было

указано выше, больные, получавшие психотерапевтическое лечение, выписывались в связи с нарушением режима в 7 раз реже, чем остальные. В процессе обсуждения перспектив на воздержание от ПАВ один из участников группы («клеевой токсикоман») в ответ на скептическое замечание другого участника в отношении перспектив его отказа от ПАВ заметил: «У меня были срывы, но тогда и группы не было».

Таким образом, наше исследование показало целесообразность проведения групповой психотерапии не только с больными, находящимися в ремиссии, но и в период сразу же после выхода из абстинентного синдрома.

Другие виды тренингов

Из всего разнообразия тренинговой работы следует обратить внимание на два вида тренингов, которые направлены на преодоление антиципационной несостоятельности и развитие творческих способностей, поскольку они играют существенную роль в генезе злоупотребления ПАВ.

Антиципационный тренинг (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002) относится к группе методов психотерапии «здравым смыслом» и направлен на формирование таких личностных качеств, как отказ от претензий («мне никто ничего не должен»), от однозначности при истолковании происходящих событий, от фатальности при истолковании будущих событий, а также выработку стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» (по принципу «надейся на лучшее, но готовься к худшему»).

Тренинги развития креативности существуют в различных вариантах и описаны во многих пособиях (Клюева Н.В., Свистун М.А., 1992; Альтшуллер Г., Верткин И., 1994; Сборник психокоррекционных техник, 1994; Мастеров Б.М., 1996; Цукерман Г.А, 1997.; Гиппиус С.В., 2001; Алиева М.А. и др., 2001; Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабаренко Т.М., 2001). В их основе преимущественно лежит применение психологических упражнений, игр и методики «мозгового штурма».

Данные методики могут применяться на всех этапах профилактики от первичной до третичной. Овладеть этими методами могут как врачи, так и другие специалисты (клинические и школьные психологи и социальные работники).

5.8. Особенности психотерапевтической работы с родителями наркозависимых подростков

Проблемы созависимости и ее преодоления активно обсуждаются в отечественной литературе в последние 10 лет. А.Н.Булатников и др. (1998) впервые описали фазы реакции родителей на наркотизацию ребенка: 1) аффективная, 2) гиперконтроля, 3) экстернализации, 4) индифферентная. Наши наблюдения показывают, что эти фазы нередко сменяют друг друга в возвратно-поступательном порядке, на определенном этапе накладываясь друг на друга. Часто члены семьи находятся на разных этапах: так, отец может находиться в фазе гиперконтроля, запирая дочь в квартире и вставляя решетки в окна, а мать – в фазе экстернализации. Фаза гиперконтроля может быстро смениться индифферентной на период госпитализации подростка, и

вернуться к фазе экстернализации в случае «неудачного лечения». Особенности созависимости в современном обществе в значительной степени обусловлены тем, что, по нашим наблюдениям, более 80% отцов наркозависимых подростков страдают алкоголизмом, поэтому нормальные отношения в таких семьях являются скорее исключением, чем правилом.

Первичное обращение за наркологической помощью чаще всего совпадает с фазой гиперконтроля. На этапе экстернализации родители оказываются занятыми поисками “хорошего доктора”, от которого зависит успешное лечение. В период указанных фаз наиболее ярко проявляется феномен слияния, описанный Ф. Перлзом (1996), выражающийся, в частности, в таких речевых стереотипах, как «мы лечились», «мы снова укололись». Родители оплачивают долги больных, ищут возможности анонимного (зачастую дорогостоящего) лечения, нередко ставя семью на грань разорения. Индифферентная стадия часто сопровождается отвержением, почти полным разрывом контакта, поскольку поддержание адекватных отношений оказывается слишком болезненным. Быстро наступающее дистанцирование у значительной части родителей обусловлено ослаблением эмоциональных связей с пьянствующими отцами еще до начала аддиктивного поведения подростков, что же касается матерей, то на них оказывает влияние истощение под влиянием возникающих семейных проблем, и поэтому период госпитализации они рассматривают как единственную возможность «отдыха». Свой негативный отпечаток накладывает также необходимость физического выживания в современных условиях, требующая полной отдачи физических и душевных сил.

В силу этих причин родители в период госпитализации приходят для беседы с врачом в лучшем случае только один раз, а из отдаленных сельских районов нередко не являются совсем, объясняя это отсутствием свободного времени. Приблизительно в каждом десятом случае они стараются задержать подростка в стационаре как можно дольше и под любыми предлогами не приходят за ними для выписки, требуя от врача «понять их положение».

Возникающая ремиссия вновь приводит к слиянию и возвращению к предыдущим этапам. Фаза гиперконтроля часто может проявляться повышенными требованиями к подростку, попытками «наверстать упущенное в воспитании», что вызывает напряженные отношения и является одним из факторов рецидива. Фаза экстернализации характеризуется доминирующим положением больного в семье, что позволяет ему манипулировать родителями, отношения с которыми складываются по принципу “пусть делает, что хочет, лишь бы не кололся”. Такое положение, как правило, существует не более 3 - 4 месяцев, а затем следует рецидив.

Наиболее эффективной в преодолении этих проблем представляется семейная психотерапия, в том числе и групповая, которой, однако, препятствуют организационные сложности: группа может функционировать только в вечернее время и в выходные дни. В Иванове такие группы создаются почти исключительно лишь в рамках платного лечения, что является сильным стимулирующим фактором как для родственников, так и для ведущего группу. В остальных случаях речь

идет о краткосрочной индивидуальной психотерапии, приближающейся к психологическому консультированию.

Учитывая вышеизложенное, психотерапия должна носить интенсивный характер, максимально приближенный к проблемам конкретной семьи. Одной из важнейших задач ее является обучение поддержанию нормального контакта.

Большинство родителей, приходящих на первичную беседу к врачу, не имеет достаточных представлений не только о проблемах своих детей, но и о проблемах аддикции в целом, ссылаясь на отсутствие информации, что недостаточно убедительно, поскольку в настоящее время проблеме наркомании уделяется много внимания в СМИ. Эта тенденция характерна не только для семей с низким образовательным уровнем, но и для высокоинтеллектуальных родителей. По признанию матери больной, работающей в сфере искусства, она была в шоке, когда дочь на приеме у нарколога «стала говорить о каких-то «чеках». Другой больной, признавшись родителям в употреблении наркотиков (увидели следы инъекций), в течение года обманывал их, говоря, что «колется эпизодически, поэтому зависимости нет».

Указанные обстоятельства требуют проведения информирования по проблеме зависимостей. Для экономии времени во время первичной беседы им предлагается прочитать по усмотрению врача одну из существующих на эту тему книг для родителей. При следующей встрече обсуждаются темы, которые остались неясными после ее прочтения.

С.Б.Ваисов и С.А.Кулаков (2000) предлагают использовать методы психологической диагностики в психотерапии больных зависимостями. Мы использовали этот прием для работы с родственниками, предлагая им следующие экспериментально-психологические исследования, которые выполняли также и подростки: иерархия жизненных ценностей заполняется родственниками от своего имени и от имени подростка; методика Дембо-Рубинштейн (модифицированный вариант - 9 шкал) также заполняется от имени подростка и сравнивается с мнением родителей; аналогично выполняется проксемический тест «Я и мое окружение», отражающий степень близости с родителями, друзьями, учителями и др.

Результаты указанных исследований затем сравниваются с результатами аналогичных методик, выполненных самим подростком. Это позволяет судить о том, как родители оценивают своего ребенка, насколько хорошо они его знают. Как правило, родители при этом совершают ряд открытий: в частности, узнают о том, что несмотря на конфликтные отношения, они остаются (чаще мать) ему самыми близкими людьми, что самооценка подростка гораздо ниже, чем они предполагали, и что они ошибались в значимости для него тех или иных жизненных ценностей.

Другим приемом, который можно рассматривать как развитие методики краткосрочной позитивной психотерапии (Ахола Т., Фурман Б., 2000), является вынесение отдельных проблем конкретной семьи на групповое обсуждение подростков, находящихся на лечении в наркологическом стационаре. Обсуждение происходит в отсутствие представителей семьи, что делает его более свободным. Итоговое мнение доводится до членов семьи. Так, большинством подростков был

высказан совет родителям не возвращать наркоторговцам долги, сделанные дочерью, даже несмотря на шантаж, а обратиться к правоохранительным органам.

В целом следует заметить, что когда речь идет о других лицах, не затронутых эмоциональными связями с подростками, страдающими зависимостью, они могут высказывать вполне объективные суждения.

Вместе с тем, все усилия работы с родителями могут быть полностью нивелированы разрушительным действием пьянства отцов, поэтому не менее важной задачей является работа по привлечению их к лечению.

ГЛАВА 6. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ.

Отмечаемое увеличение потребления психоактивных веществ молодежью на фоне низкой эффективности лечения наркологических заболеваний является одной из угроз национальной безопасности страны. Особое беспокойство вызывает непрерывный рост зарегистрированных наркологической службой больных наркоманией (в Ивановской области с 1995 по 1999 гг. в 3 раза), в то время как число состоящих под наблюдением потребителей (без зависимости) остается на прежнем уровне (и даже несколько снизилось) с 1996 г. Это свидетельствует о низкой выявляемости потребителей ПАВ и недостаточной эффективности вторичной профилактики (т.е. работы с группой риска). Все это заставляет обратить особое внимание на первичную профилактику.

Анализ представленных материалов показывает значительную общность социально-психологических характеристик потребителей ПАВ, независимо от вида употребляемого вещества: алкоголь, наркотик или токсическое вещество.

В научной литературе на протяжении многих лет обсуждается вопрос о первичности и вторичности тех или иных феноменов, наблюдаемых при изучении лиц с аддиктивным поведением и больных наркологическими заболеваниями. Решение этой проблемы может дать дополнительные аргументы для определения стратегии ранней профилактики наркологических заболеваний.

Основной вопрос - характер личностной патологии, наблюдаемой у наркологического контингента, и его происхождение. Полученные нами данные позволяют утверждать, что характерологические отклонения, регистрируемые у несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, в основном являются преморбидными свойствами личности. Как правило, начало злоупотребления совпадает с периодом пубертатного криза, одним из симптомов которого является алкоголизация и употребление токсических и наркотических веществ. Наблюдаемые характерологические и поведенческие особенности, которые нередко воспринимаются как изменения личности, на самом деле, если не являются преморбидными особенностями, то отражают клиническую картину генерализованной формы влечения к ПАВ. Динамическое наблюдение подростков в период ремиссий свидетельствует о том, что по мере угасания влечения к ПАВ, исчезают те признаки, которые рассматривались как изменения личности.

Возможно, что генерализованная форма влечения играет гораздо большую роль в клинических проявлениях абстинентного синдрома, чем это принято считать в настоящее время. В пользу этого говорит то, что купирование АС при наркотоксикоманиях с одинаковой эффективностью происходит при применении препаратов, действующих на разные патогенетические механизмы: дезинтоксикации с применением различных препаратов, воздействующих на внутренние органы и пиротерапии. Кроме того, в ситуации, требующей сокрытия

болезни (например, при аресте), АС проявляется гораздо с меньшей выраженностью, чем в больнице. Можно предположить, что значительная часть соматических симптомов АС имеет психологическое объяснение. Однако эта тема требует дальнейшего специального исследования.

Две преобладающие мотивации употребления ПАВ - гедонизм и субмиссия отражают особенности подростковой субкультуры и тенденции, наблюдаемые в обществе. Подростковая субкультура достаточно жестко определяет стиль поведения, а насаждаемая общественная потребительская мораль требует "взять от жизни все". В силу этих причин в наибольшей степени уязвимыми в отношении приобщения к ПАВ оказываются подростки, имеющие в характере гипертимный, возбудимый и неустойчивый радикалы, а девушки - также и истерический.

Наше исследование не подтвердило традиционных представлений о большей распространенности аддиктивного поведения в сузах (ПТУ и техникумах) по сравнению с другими учебными заведениями. Не выявилось также различий и между лицеем и обычной одиннадцатилетней школой. Можно предположить, что стиранию этих различий способствует все более широкое распространение потребления ПАВ в подростковой популяции.

По мнению А.Е.Личко и В.С.Битенского (1991), приобщение к ПАВ определяется психологическими, а формирование зависимости - биологическими факторами. Наши данные в целом подтверждают это мнение: неблагоприятная наследственность, наличие церебральной органической патологии являются ведущими факторами формирования зависимости. Можно предположить, что значительное преобладание ПХФЛ неустойчивого типа среди зависимых подростков определяется как наследственными биологическими факторами, так и социально-психологическими. Существенную роль играет неблагополучие в семье, под которым имеется в виду ее распад, а также нарушенные отношения между родителями (партнерами), злоупотребление алкоголем и другими ПАВ. Эти обстоятельства сами по себе играют психотравмирующую роль, а также сказываются через воспитание, которое значительно чаще имело отклонения в семьях потребителей ПАВ и зависимых. При этом распад семьи в большей степени сказывается на мальчиках, чем на девочках.

Изначально среди подростков, злоупотребляющих ПАВ, высока доля дезадаптированных личностей, при этом дезадаптация наиболее выражена в группе химически зависимых. Она проявляется нарушением межличностных отношений, негативном отношении к учебе и сниженной успеваемости (два последних особенно характерны для группы зависимых). Дезадаптация обусловлена преморбидными характерологическими отклонениями. Ведущее значение среди них для приобщения к ПАВ и формирования болезни имеет неустойчивый радикал.

Система отношений с микросоциумом оказывается нарушенной еще до начала злоупотребления ПАВ, которое усугубляет ситуацию особенно на этапе формирования зависимости. Одной из наиболее важных неудовлетворенных потребностей подростков, особенно

характеризующихся аддиктивным поведением и зависимостью, является потребность в уважении и безусловной любви. На это указывает следующее: характер претензий, предъявляемых окружающим, особенности воспитания, взаимоотношения между подростками и родителями. Отношение родителей к таким подросткам характеризуется не только объективным недостатком внимания (родители мало интересуются проблемами подростков, уклоняются от контактов с педагогами и психологами), но и проявляют свою любовь соразмерно тому, насколько подросток удовлетворяет их ожидания.

Более явное влияние оказывает злоупотребление ПАВ на поведенческий компонент: по мере вовлечения в алкоголизацию и наркотизацию увеличивается число нарушений общественного порядка.

С учетом изложенного следует, что первичная профилактика должна носить не только коррекционный, но и лечебный характер. Основные лечебные усилия должны быть направлены на компенсацию резидуально-органических поражений головного мозга. В связи с этим возрастает роль врачей-педиатров. Гораздо более эффективными их усилия могли бы быть и в выявлении наркологических заболеваний и направлении детей и подростков к наркологам.

Возраст приобщения к ПАВ и первого опьянения не играют существенной роли в последующем злоупотреблении и формировании зависимости, однако темп ее формирования у подростков по сравнению со взрослыми оказывается достаточно высок. Это влечет за собой гораздо более глубокие нарушения адаптации.

Прием ПАВ на начальном этапе смягчает отрицательные эмоции, прежде всего такие, как чувство вины и стыда, то есть выполняет роль своеобразного адаптогена. Формирующаяся зависимость "пробивает" этот защитный барьер и усугубляет негативные эмоции.

Группа подростков с аддиктивным поведением является не промежуточным звеном между контрольной группой и больными зависимостями, а сложным конгломератом разных типов, часть из которых в дальнейшем будет страдать наркологическими заболеваниями, другие уменьшат потребление алкоголя и откажутся от нелегальных ПАВ, войдя в контрольную группу, а третьи будут оставаться в группе аддиктивного поведения, и их дальнейшая судьба окажется зависимой от степени его выраженности, особенностей взросления и соматического состояния.

Исходя из вышеизложенного, можно предложить следующие блоки мишеней для психотерапии у подростков с АП и зависимостью.

1. Личностно-характерологический блок.

Нарушенная самооценка.

Затруднения в проявлении эмоций, подавление чувства вины и стыда.

Ригидное следование к цели без учета обстоятельств.

Психологические защиты, связанные с употреблением ПАВ.

2. Коммуникативный блок.

Нетерпимость к чужому мнению, неспособность признать свои ошибки.

Недоверие к окружающим, неспособность адекватно пользоваться посторонней помощью.

Ранняя половая жизнь.

Неспособность сопротивляться постороннему давлению (конформность, зависимость).

Дефицит безусловной любви в семье.

3. Познавательные.

Социально-педагогическая запущенность.

Эгоцентрическая антиципационная несостоятельность.

4. Психопатологические.

Влечение к ПАВ.

Невротические и неврозоподобные расстройства.

Аффективные реакции.

Патохарактерологические расстройства.

Легкие когнитивные расстройства.

Значимость этих мишеней будет отличаться в различных группах. Так, при профилактической работе с несовершеннолетними, не вовлеченными в злоупотребление ПАВ, лидирующую роль займет коррекция личностно-характерологического и коммуникативного блоков (в первую очередь нарушенная самооценка, нетерпимость к чужому мнению, дефицит безусловной любви в семье). При АП будут присутствовать все симптомы-мишени обоих блоков, а также познавательный блок. При работе с зависимыми на первый план выйдет работа с психопатологической симптоматикой, хотя при этом не утрачивается значимость коррекции мишеней первых трех блоков.

Лечение подростков, как правило, не требует сложных медикаментозных методов (за исключением случаев передозировки), важнейшим его элементом является психотерапия.

Одной из причин низкой эффективности лечения является отсутствие промежуточного звена между стационаром и поликлиникой, в связи с чем нарушается этапность лечения и подросток оказывается в условиях резкого ослабления поддержки после выписки из наркологического стационара.

Основные принципы первичной профилактики, такие как системность, последовательность, аксиологичность, учет возрастного аспекта достаточно хорошо освещены в литературе. В связи с этим остановимся на наиболее существенных дискуссионных моментах, вызывающих наибольшие споры.

Большая часть профилактических программ склоняется к ориентации молодежи на абсолютное воздержание от всех ПАВ, не дифференцируя их. Такая позиция, по мнению С.Ю.Слоневской и др. (2001), снижает эффективность профилактики: вызывает непонимание позиции государства, конфликты с родителями, большая часть которых занимает позицию «умеренного употребления» алкоголя. Наши

наблюдения за деятельностью сторонников программы воспитания по Г.А.Шичко подтверждают эмоционально агрессивное отношение его сторонников к «умеренно пьющим». Более того, именно такое отношение считается его последователями положительным результатом. Формирование нетерпимости к личному выбору других законопослушных членов общества неизбежно будет распространяться и на другие, кроме ПАВ, сферы взаимоотношений и может привести к дезадаптации в обществе. Кроме того, мы полагаем, в отличие от А.Н.Маюрова (1987), что эффективно проповедовать трезвость может только человек, однозначно ее придерживающийся.

Более разумно представляется позиция тех направлений профилактики, которые однозначно возражают против употребления наркотических и токсических веществ и стремятся оттянуть возраст приобщения «легальному наркотику» – алкоголю. Вместе с тем, такой подход, если он декларируется по принципу «вы еще маленькие и вам нельзя», может привести к обратному результату. Инициаторы внедрения в России профилактической программы «Спасибо – нет!» Ю.В.Валентик и Г.А.Потемкин считают, что эффект от внедрения программы станет наиболее явственным тогда, когда в движение будет вовлечено более половины всей молодежи. Однако на сегодняшний день уже к девятому классу средней школы число знакомых со вкусом алкоголя превышает число трезвенников, а к выпускному классу практически все учащиеся употребляют алкоголь, и группа риска достигает половины. Поэтому масштабная первичная профилактика «в чистом виде» возможна лишь с учащимися младших классов школы. По мере движения к старшим классам она должна заменяться вторичной, ориентированной на группу риска. На практике такое разделение достаточно сложно, поскольку даже среди социально активной молодежи группа риска достигает 1/4. В этом случае неизбежно предполагается работа со смешанной группой, где аддиктивные подростки будут составлять значительную часть.

Возможна ли в этом случае жесткая ориентация на абсолютную трезвость, когда в зоне риска оказывается относительно благополучная молодежь? В этом случае, по нашему мнению, реальным ориентиром является концепция «уменьшения вреда». Убедить семнадцатилетнего подростка, злоупотребляющего алкоголем, в необходимости абсолютной трезвости на предстоящий год, с последующим допущением умеренного употребления алкоголя, представляется весьма затруднительным. Поэтому мы полагаем, что в подобных случаях даже снижение потребления алкоголя до количеств, условно безопасных для здоровья, представляется положительным результатом.

На протяжении многих лет в профилактике злоупотребления ПАВ преобладал медико-центрический подход. На сегодняшний день профилактика представляет собой достаточно хаотичный набор методов от массовых акций до индивидуального шефства. Попытаемся дать оценку проводимым в настоящее время мероприятиям, укладывающимся в рамки понятия первичной профилактики. Ее осуществляют как государственные учреждения, так и общественные организации.

Деятельность наркологического диспансера в основном имеет просветительский характер - чтение лекций для учащихся, их родителей и педагогов.

В настоящее время в Ивановской области, так же как и в других регионах, действует несколько общественных организаций, поставивших своей целью первичную профилактику и реабилитацию наркозависимых.

Областная общественная организация МИВАД (Молодежное ивановское антинаркотическое движение) и программа «Спасибо – нет!» готовят волонтеров для профилактической работы. Первая использует преимущественно нарративный подход, вторая – поведенческий. Основные мероприятия: социальная реклама, тренинги, массовые акции. Обе организации имеют финансовую поддержку: первая - на уровне области, вторая - от международных организаций, поскольку входит в структуру, поддерживаемую ООН.

Организация «Матери против наркотиков» включает в себя немногочисленное активное ядро матерей, дети которых страдают наркоманией. Основное направление деятельности – просвещение населения и оказание психологической поддержки больным и их семьям. Возможности организации весьма ограничены, поскольку отсутствует финансовая поддержка.

Каково отношение молодежи к больным наркоманией? Еще недавно оно было агрессивное, реже – сочувственное (Лисковский О.В., Яцынович В.А., Штин А.В., 1995). Нами был проведен опрос молодежи – участников одного из круглых столов (25 человек) – организованного по программе фонда Фридриха Наумана «Либеральные клубы». Участники ожидали, что круглый стол может удовлетворить следующие их потребности: развитие способности к дискуссии; общение со сверстниками; получение информации о наркомании и методах противодействия ей; обучение некоторым формам профилактической работы; налаживание сотрудничества по профилактике наркомании с заинтересованными организациями; получение информации о путях спасения друзей от наркомании.

Участникам был предложен вопрос: «Наркоман для меня - это ...». Число ответов не ограничивалось, поэтому их сумма превышает количество участников. Все высказанные суждения о больных наркоманией можно распределить на несколько групп.

1. Человек слабой воли (слабохарактерный, безвольный, неспособный решать свои проблемы, поддающийся чужому влиянию, его легко обмануть) – 15%.

2. Человек, потерявший цель в жизни (неспособный ничем заняться, отчаявшийся, лишившийся радостей нормальной жизни, живущий неполноценной жизнью, не понимающий ее сути) – 15%.

3. Человек, нуждающийся в помощи (больной, несчастный, попавший в беду, неспособный выйти из тупика без посторонней помощи, нуждающийся в лечении) – 28%.

4. Человек, представляющий угрозу для общества (опустившийся, способный пойти на преступление для получения наркотиков,

безнадежный, неспособный себя контролировать, безответственный, без будущего, помогать ему бесполезно) – 20%.

5. Человек, отвергнутый обществом (неизлечимо больной, потерявший себя из-за отсутствия к нему внимания окружающих, живущий только в кругу себе подобных, несуществующий для общества) – 17%.

Неклассифицированными остались 5% ответов с нечеткими определениями («аутсайдер», «такой же, как и все»).

При дискуссии о методах решения этой проблемы, было выдвинуто 22 различных суждения, которые можно разделить на три приблизительно раные группы. Позитивные: любому человеку следует оказывать медицинскую помощь; наркоманов надо лечить, также как лечат больных гриппом; необходимо изменение отношения общества к наркоманам; каждый человек имеет право на ошибку, но для ее исправления необходима помощь. Негативные: зачем помогать человеку, который по доброй воле стал принимать наркотики; их необходимо изолировать от общества; это «конченные» люди. Нейтральные: наркоман не вписывается в общество нормальных людей, так как у него есть свое, которое его удовлетворяет; надо разъяснять людям, что наркомания- это бизнес, на котором зарабатывают большие деньги; наркоман – это заложник социально-экономической нестабильности.

Участники акцентировали внимание на необходимости активизации работы Государственной Думы в плане внесения поправок в УК в виде ужесточения наказания (вплоть до смертной казни) за распространение наркотиков, а также поправок в бюджет (увеличение финансирования соответствующих программ). Сочтено необходимым также активизировать работу общественных организаций (волонтерское движение, создание коммун для реабилитации больных наркоманией, организация досуга молодежи). Особое внимание обращено на роль средств массовой информации

Проведение круглого стола показало, что современная молодежь обеспокоена проблемой наркомании. Основная часть социально активной молодежи достаточно толерантна к больным наркоманией и готова принять активное участие в различных формах профилактической и реабилитационной работы. Негативное отношение к больным наркоманией является следствием психологических стереотипов, распространенных в населении.

Таким образом, молодежь имеет желание участвовать в профилактической работе, но насколько она готова к ней?

На одном из мероприятий МИВАД участникам было дано задание создать символический образ волонтера. Оказалось, что волонтер ими ассоциируется с «суперменом» из известного американского фильма или с ангелом, который призван спасать подростков, погрязших в употреблении ПАВ. Для спасения он пропускает их через стиральную машину и развешивает для «просушки» на веревочке. Такая позиция может стать основой для психологической игры, где волонтер выступает в роли «Спасителя» (по Э.Берну). Та же тенденция отмечается в деятельности организации «Матери против наркотиков»,

активисты которой стремятся привлечь к лечению больных по методикам, подразумевающим максимальную ответственность врача за успех лечения (например, доктора Назаралиева).

Рассмотрим конкретное содержание мероприятий.

Массовые антинаркотические акции в последние годы завоевали популярность, однако эффективность таких мероприятий трудно оценить, особенно если учесть достаточно большие затраты на выпуск рекламной продукции, которая, по нашему мнению, не всегда доходит до нужного адресата.

Косвенно о недостаточной эффективности таких мероприятий можно судить по проведенному в Иванове эксперименту – неделе бесплатного анонимного консультирования и лечения подростков с зависимостями. Население было оповещено об акции за неделю по телевидению и через газеты, однако в течение последующей недели обратилось всего лишь три человека, из них один уже ранее лечился. Однако проведение таких мероприятий все же имеет смысл, поскольку может способствовать более раннему выявлению лиц, употребляющих ПАВ, но для этого они должны стать систематическими, поскольку от получения информации до принятия решения в подобных случаях иногда требуется достаточно большое время.

Антинаркотическая социальная реклама находится в числе ведущих направлений работы молодежных организаций. За это время в области проведено два конкурса на лучший антинаркотический плакат и программу профилактики. Социальная реклама является катализатором для организации других мероприятий, способствует увеличению численности участников движений. Проведено два областных семинара для руководителей движений, на одном из них продемонстрированы конкретные методы работы.

Вместе с тем, на наш взгляд, движения, ориентированные на преодоление каких-либо отдельных проблем, имеют значительные ограничения. Сами понятия «антинаркотический», «антиалкогольный» несут в себе психологический заряд преодоления негатива, но не всегда указывают позитивную альтернативу.

Много нареканий вызывает информация через СМИ. Ими часто применяется тактика запугивания. В отношении подростков она не только не эффективна, но и дает обратный результат (Гульдман В.В., Корсун А.М., 1990). Более того, в погоне за сенсацией СМИ нередко фактически пропагандируют наркотизацию, рассказывая о методах и эффектах употребления ПАВ.

Массовым тиражом в последние годы выходят различные пособия для широкого круга читателей. Подаваемая в них информация также не всегда адекватна поставленным задачам. К числу негативных факторов относится безадресность информации. Мы считаем, что она должна различаться в зависимости от контингента, к которому адресована: интактное население, потребители или больные, а также их родственники. Авторы же многих пособий по профилактике не удержались от соблазна создать «универсальное издание» для всех – от больных до специалистов. Критический анализ одного из подобных изданий изложен нами в статье (Худяков А.В., 2001). В силу этих

причин информационный подход нуждается в более подробном анализе и разработке новых методик.

Лекции специалистов, как видно из обзора литературы, имеют весьма неоднозначную оценку. Одни авторы подвергают сомнению их пользу (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Дереча В.А., Карпец В.В., 2000), другие же (Подростки и наркотики..., 1999) наоборот указывают на большую эффективность. Мы полагаем, что столь противоречивые утверждения, основанные на результатах изучения мнения различных групп населения, ориентирующихся на личный опыт, свидетельствуют скорее не об эффективности самих форм, а об уровне подготовки специалистов, которая заметно различается. Так, во время проведения круглого стола с молодежью, участники критически отозвались о качестве одной из прослушанных ими ранее лекций, поскольку лектор, призывавший отказаться от курения, оказывается сам курит и не собирается расстаться с табаком. В то же время приходилось слышать и положительные отзывы о лекциях, которые были прочитаны заинтересованными людьми, вовлекавшими подростков в дискуссию.

Мы убеждены, что лекции в коллективах учащихся не следует заявлять как антиаддиктивные. Их основной контекст должен решать задачу сохранения здоровья. Наш опыт чтения лекций позволяет высказать некоторые рекомендации.

Как правило лекции, особенно со старшими подростками, проводились в отсутствие учителей, что создавало обстановку большей свободы и откровенности. Учащимся раздавались листочки со списком 12 основных жизненных ценностей (см. главу 3) и предлагалось составить их иерархию. В ходе последующей короткой дискуссии выявлялось, какое место в системе их ценностей занимает здоровье. Далее предлагалось определить критерии здорового человека, рассказать, как он выглядит, и чем отличается от больного. Что мешает людям быть здоровыми? Какую роль играют в этом вредные привычки, какие из них им известны? Во время беседы разговор неизбежно заходил о ПАВ. Предлагалось рассказать, что им известно об этих веществах. Есть ли у ребят знакомые, применяющие ПАВ, чем они отличаются от других людей и какие у них возникают проблемы? В случае достижения доверительного контакта задавался вопрос: пробовал ли кто-либо из присутствующих наркотические или токсические вещества? Собирается ли он их и далее принимать, а если прекратил, то почему? Здесь можно обсудить мотивы приобщения к ПАВ, показать иллюзорность этого пути. Обращается внимание на корыстные интересы наркоторговцев, нередко предлагающих первую дозу в качестве подарка. Обсуждается способ отказа от такого предложения.

В целом лекция строится по принципу: идти вслед за вопросами слушателей, не давая им информации, которая их не интересует. В частности, мы избегаем описания психических эффектов ПАВ. Во время лекций выявляются типичные заблуждения молодежи относительно неопасности редкого употребления "легких" наркотиков, о пользе умеренного употребления спиртных напитков. В значительной степени это мнение формируется под влиянием рекламы и псевдонаучных статей в газетах, являющихся также скрытой рекламой. В связи с этим

лектор должен достаточно хорошо ориентироваться в подобной продукции СМИ и уметь давать аргументированные ответы. Следует отметить, что в настоящее время противостоять негативному давлению СМИ на осознанном уровне гораздо проще, поскольку слепое доверие к прессе, радио и телевидению в настоящее время исчезло. Однако остается влияние, основанное на неосознаваемых механизмах, которое необходимо перевести на осознаваемый уровень. Подростки обычно в этом принимают живое участие. Так, при анализе рекламы пива было обращено внимание, что оно подается как способ заслонить проблемы. В частности, бутылкой пива заслоняется оторвавшийся край обоев. Один из подростков при этом добавил, что если обои будут отрываться и дальше, то придется поставить еще одну или две бутылки.

Приведенные примеры профилактической работы на сегодняшний день являются собой фрагменты в целом несистематизированных усилий разных организаций. С целью объединения профилактической работы различных организаций по нашей инициативе и при поддержке комитета по делам молодежи при Администрации г. Иванова создан специальный общественный совет, имеющий совещательные права и способный влиять на принятие решений в области профилактических мероприятий, в частности на выделение финансовых средств.

В целом объектом комплексной системы мер профилактики, по нашему мнению, должны быть не только сами подростки, но и их семьи, а также учителя.

Работа с подростками включает в себя информационное направление и психологические тренинги. Под информационным направлением мы понимаем не только лекции, но и в большей степени воспитание через предмет или «скрытую информационную интервенцию». Преимущество донесения информации через учебные предметы заключается в ненавязчивости метода, возможности сделать самостоятельные выводы и, в то же время, использовании авторитета признанных личностей: ученых, историков, писателей, философов. Однако учителя - предметники не имея необходимых пособий, даже при желании не могут эффективно использовать свои уроки для профилактической работы.

Для ликвидации этого пробела нами опубликованы два пособия по антиаддиктивному воспитанию учащихся на уроках истории и литературы, которые написаны с учетом современной учебной программы и позволяют учителю самостоятельно решать, в каком объеме использовать полученную информацию на уроках.

Система взаимодействия специалистов в вопросах профилактики представлена обобщенно на рис. 5. В схеме указаны только основные формы работы. Сюда не включены массовые акции, индивидуальное шефство, в которых может принять участие любой представитель, имеющий достаточную подготовку. Под «другими специалистами» понимаются представители разных специальностей (сотрудники правоохранительных органов, юристы, журналисты и др.), подготовленные должным образом для ведения профилактической работы.

Роль различных элементов профилактической и реабилитационной работы представлена в табл. 36.

Отдельно следует рассмотреть роль в профилактике консультантов - излечившихся больных наркоманией. Традиционно они привлекаются к работе с больными наркоманиями в процессе лечения и реабилитации. В отношении их воздействия на здоровых подростков высказываются опасения, что последние могут сделать неправильные выводы о несерьезности последствий употребления наркотиков. Наш опыт свидетельствует об обратном. Образный рассказ о проблемах, с которыми сталкивается больной, производит на слушателей сильное впечатление. При этом консультант может выступать, афишируя себя не как бывшего больного, а как очевидца событий, с которыми ему пришлось столкнуться. Такое возможно, например, при массовых молодежных акциях.

Психологическое благополучие учителей является одним из непереносимых условий успешного внедрения программы профилактики. В общении с учителями подростки проводят в целом больше времени, чем с родителями.

Вместе с тем, одной из проблем современной школы является синдром «эмоционального выгорания» педагогов. Из 15 учителей средней школы, проанкетированных нами при помощи опросника на выявление степени «эмоционального выгорания» (Бойко В.В., 1999), только у четверых не было выявлено симптомов указанного синдрома. У пяти учителей отмечались отдельные симптомы, а у шести - формирующиеся или сформированные фазы (симптомокомплексы), преимущественно - «резистенция», характеризующаяся сопротивлением нарастающему стрессу, и «истощение», проявляющееся падением энергетического тонуса. Из конкретных симптомов наиболее часто встречались: тревога и депрессия, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, а также психосоматические и психовегетативные нарушения. Реже встречались такие симптомы, как переживание психотравмирующих обстоятельств, расширение сферы экономии эмоций и личностная отстраненность. Не было выявлено таких симптомов, как неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, эмоционально-нравственная дезориентация, эмоциональный дефицит.

Приведенные данные свидетельствуют о достаточно высокой распространенности симптомов эмоционального сгорания, с одной стороны, а с другой - свидетельствуют о наличии достаточных личностных резервов для психологической коррекции и указывают на мишени для психотерапии. К числу последних относятся: наличие психотравмирующих обстоятельств, отрицательных эмоций, психического истощения и психосоматических расстройств. Для профилактики этого синдрома в настоящее время практически не предпринимается никаких мер.

Мы сочли необходимым разработать психотерапевтическую программу для педагогов. Ее отработка началась в рамках проводившихся нашей кафедрой циклов усовершенствования школьных психологов. Перед нами стояла задача подобрать эффективный метод групповой психотерапии, позволяющий в короткое время решить основные задачи. Вместе с тем, препятствием эффективной групповой психотерапии могло стать достаточно близкое знакомство участников

группы. Поэтому были выбраны методики трансперсональной психотерапии: голотропное дыхание и ребефинг, которые позволяют достаточно глубоко проработать проблему без обязательного обсуждения ее в группе. Результат вполне оправдал наши ожидания. Самоотчеты участников показывали, что они освободились от некоторых невротических симптомов, налаживалось более тесное эмпатическое общение.

В дальнейшем групповая психотерапия с учителями-предметниками проводилась в клинике медицинской академии. Большинство педагогов страдали вегето-сосудистой дистонией и различными психосоматическими расстройствами. С целью обследования и лечения они госпитализировались на два отделения клиники в период школьных каникул. Параллельно с соматическим лечением ежедневно проводились сессии групповой психотерапии. Попытка перенесения вышеописанного опыта на коллектив учителей-предметников оказалась менее успешной. Несмотря на предварительное ознакомление с методом, его целями, сама техника трансперсональной терапии была воспринята некоторыми участниками с недоверием, возникавшим на почве необычности методики, а также в связи с религиозными убеждениями. Вскоре пришлось перейти к традиционным групповым методам. Численность группы не превышала 8 человек, продолжительность каждой сессии – около трех часов. При двухнедельном пребывании в стационаре общий бюджет времени составил около 35 часов, что соответствует принятым стандартам продолжительности существования группы.

Предварительные опасения, что педагоги не смогут быть достаточно откровенными в присутствии коллег по школе, в процессе работы не оправдались. Откровенность участников оказалась столь высокой, что порой опережала групповую динамику. Всего было проведено пять групп, в том числе одна – с директорами школ и их заместителями. Работа строилась по традиционным принципам с применением гештальт-подхода, ролевых игр и некоторых приемов позитивной психотерапии.

Кроме описанных в главе V методик, применялось также рисование мандалы, отражающей объекты (как одушевленные, так и неодушевленные), окружающие каждого на работе. При обсуждении нарисованного выявились некоторые особенности. Так, у части педагогов на рисунке отсутствовали коллеги, а у других учащиеся.

Здесь, так же как и в случае с подростками, возможности формирования группы были минимальными. В связи с этим, в одной из групп оказалась, в частности, больная шизофренией в состоянии неустойчивой ремиссии, что представляло для руководителя дополнительные трудности. На начальном этапе терапии наблюдалось усугубление неврозоподобной симптоматики. Вместе с тем, в дальнейшем именно эта больная оказалась самой активной участницей в группе. К концу функционирования группы ее состояние заметно стабилизировалось: выравнилось настроение, нормализовался сон, повысилась работоспособность. Спустя некоторое время коллеги по работе заметили, что она стала больше следить за своей внешностью, одеждой, тогда как раньше была к этому равнодушна. Эта динамика

состояния позволила в дальнейшем снизить дозу поддерживающего лечения психотропными препаратами в два раза.

Групповой процесс не заканчивался во время психотерапевтической сессии. Участники группы по вечерам в клинике проводили «клубные встречи», на которых в той или иной форме обсуждали свои проблемы. Особую пользу от таких клубов отмечали директора школ, которые могли в неформальной обстановке вне дефицита времени поделиться своим опытом друг с другом.

В конце тренинга участникам предлагалась анкета, в которой были перечислены основные потребности: общение, выявление проблем, поиск их решения, разрешение проблем, углубление самопознания, приобретение новых знаний, приобретение новых друзей, прохождение лечения, излечение, отдых, получение положительных эмоций. Каждая потребность оценивалась по трем позициям исходя из 6 баллов: актуальность, ожидание удовлетворения, реальное удовлетворение. Оказалось, что у большинства участников реальный результат соответствовал ожиданиям или немного их превосходил (особенно это касалось приобретения новых друзей).

Реализация предложенной программы невозможна без широкого привлечения к ней школьных психологов. В какой степени они готовы к ней?

Мы провели экспресс-анкетирование тридцати психологов, работающих в системе школ и дошкольных учреждений. Оказалось, что только четверо из них имеют базисное образование по психологии, остальные получили его на курсах переподготовки и работали ранее учителями-предметниками. Мотивом перехода на работу психолога наиболее часто являлась невозможность трудоустройства по прежней специальности и профессиональная неудовлетворенность. Таким образом, большинство опрошенных выбрали новую специальность не по призванию, в связи с чем на вопрос о желании работать психологом в другой сфере половина из них ответила утвердительно. В числе возможных сфер деятельности назывались следующие: торговля, реклама, шоу-бизнес, частная практика и др., в том числе и любая сфера «где деньги платят».

Подавляющее большинство психологов определяет объем и характер работы самостоятельно, в результате чего деятельность разных специалистов существенно различается. Так, психологическое тестирование занимает от 10% до 80% в бюджете времени, значительно колеблется соотношение групповой и индивидуальной работы (в среднем поровну).

Групповая работа проводится как с учащимися, так и с педагогами, в виде тренингов, сопровождаемых лекциями. Основными направлениями тренинговой работы являются: общение, личностный рост, обучение эффективным стратегиям поведения в конфликтных ситуациях, развитие творческих способностей. Кроме этого, с учащимися проводятся тренинги по преодолению стресса при подготовке к экзаменам, а с родителями - тренинги родительской эффективности. Теоретической базой проводимых тренингов в основном являются методы гештальт-терапии, ролевые игры и психодрама. Некоторые психологи признались, что сознательно избегают групповой работы, так

как считают эту форму работы слишком трудозатратной и не соответствующей уровню оплаты их труда.

Основной заявленной причиной обращения к психологам в большинстве случаев являются конфликты с родителями, учителями (воспитателями) и сверстниками, реже – недостатки характера, девиантное поведение и злоупотребление психоактивными веществами. Чаще всего инициатива обращения за помощью принадлежит педагогам, реже – родителям или самим детям, хотя у отдельных психологов последние составляют до 80%. Как правило, школьные психологи одновременно вынуждены совмещать основную деятельность с работой учителя-предметника, что, на наш взгляд, препятствует доверительным отношениям с учащимися.

Из бесед с подростками во время проводимых нами тренингов выяснено, что многие из них опасаются обращаться к психологу из-за боязни огласки своих проблем, предпочитая при необходимости получать помощь в других учреждениях.

Как показывает наш опыт сотрудничества с учебными заведениями, психокоррекционная и психотерапевтическая помощь является чрезвычайно актуальной и высоко востребуемой. Однако работающий контингент психологов, как правило, не в состоянии ее обеспечить на должном уровне. К числу причин такого положения можно отнести следующие. Во-первых, отсутствие призвания к данной специальности, обращение к ней от безвыходного положения. Как следствие этого, случается, что психологами становятся несостоятельные в своей профессии учителя, испытывающие комплекс вины и проявляющие агрессивность к бывшим коллегам. Во-вторых, недостатки образования, получение его в укороченном варианте (за один учебный год). В-третьих, отсутствие четкого положения о работе психолога в учебном заведении. В-четвертых, недостаточная психологическая грамотность педагогов, препятствующая эффективному взаимодействию с психологами.

Такое положение может быть исправлено только при условии более правильного подбора кадров для обучения психологии и психотерапии, а также повышения психологической грамотности других специалистов. В настоящее время нами проводятся соответствующие циклы повышения квалификации по проблемам девиантного поведения подростков для психологов (144 часа), социальных педагогов (72 часа), а также семинары для учителей-предметников. Разработана соответствующая программа для школьных врачей.

Как может быть построено наиболее оптимальное взаимодействие между различными звеньями системы профилактики злоупотребления ПАВ несовершеннолетними?

Общественные организации. Как было отмечено, в Ивановской области к ним относятся МИВАД и программа «Спасибо, нет!». Основным объектом их воздействия должна быть молодежь с нормативным поведением и транзитным течением АП. Основные методы работы: информационный, тренинги, общественные акции (конкурсы социальной рекламы, тематические театрализованные представления и др.).

Основные организации по взаимодействию: школьные психологи, «Центр психолого-педагогической помощи» и МППК. Объект взаимодействия: несовершеннолетние с АП, особенно с прогрессивной формой, нуждающиеся в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи.

Школьные психологи. Объект воздействия – все учащиеся. Помощь оказывается дифференцированно в зависимости от характера контингента. Для подростков с нормативным поведением и транзиторной формой АП – индивидуальная и семейная психокоррекция; для несовершеннолетних с прогрессивной формой АП – индивидуальная и семейная психотерапия (совместно с врачом-психотерапевтом); для подростков с состояниями зависимости – совместное с врачом-психотерапевтом участие в реабилитационных мероприятиях (возвращение в образовательную среду); для педагогического коллектива – оказание психологической поддержки.

Основные организации по взаимодействию: «Центр психолого-педагогической помощи», МППК, общественные организации, реабилитационный центр. Объект взаимодействия: подростки с АП и зависимые.

«Центр психолого-педагогической помощи семье и детям» на сегодняшний день представляет собой наиболее компетентную организацию, способную оказать профессиональную помощь различным контингентам несовершеннолетних как с нормативным поведением, так и вовлеченным в употребление ПАВ, в том числе и с зависимостью.

В определенной степени центр является альтернативным и дополняющим учреждением, где может быть оказана психологическая, психотерапевтическая и наркологическая помощь. Основным контингентом, относящимся к его компетенции в области профилактики, должны быть подростки с различными формами АП. Возможно также участие в реабилитационной работе с зависимыми. Исключение составляют больные злокачественными формами наркологических заболеваний, а также с выраженной психической патологией, особенно сопряженной с общественно опасными действиями.

Взаимодействует с другими организациями в вопросах диагностики, психологической коррекции и психотерапии. При необходимости направляет нуждающихся на лечение в наркологический диспансер и психиатрические учреждения.

Медико-психолого-педагогическая консультация (МППК) выполняет практически те же функции, что и «Центр психолого-педагогической помощи», но в ограниченном объеме, в связи с отсутствием врача-нарколога и психотерапевта. В отличие от центра имеет закрепленное государством право решать экспертные вопросы, связанные с обучением, что и определяет его ведущую функцию. Играет важнейшую роль в реабилитации несовершеннолетних, поскольку определяет форму обучения (на общих основаниях или на дому). В своей деятельности взаимодействует со всеми организациями, но в основном с наркологическим и психиатрическим диспансерами, реабилитационным центром и соматическими ЛПУ.

Областной наркологический диспансер осуществляет всю предусмотренную положением об ОНД деятельность. Проводит клиническую диагностику несовершеннолетних с АП и консультативное наблюдение. В вопросах профилактических мероприятий тесно взаимодействует, прежде всего, с реабилитационным центром, школьными психологами, МППК и «Центром психолого-педагогической помощи».

Осуществляя общее наблюдение за несовершеннолетними с АП, специалисты ОНД (наркологи, психологи, социальные работники), включаются в планы работы других организаций и по мере необходимости участвуют во всех видах деятельности: информационной, психокоррекционной, психотерапевтической и лечебной.

Реабилитационный наркологический центр. В настоящее время в Ивановской области в течение одного года работает «Центр социально-духовной реабилитации», открытый при подворье Ивановской епархии. Он существует фактически как убежище для наркологических больных, поскольку вся реабилитационная работа обеспечивается священниками, прошедшими краткосрочные курсы по реабилитации наркозависимых, а другие специалисты отсутствуют. Контингент центра составляют как взрослые, так и несовершеннолетние. Основными реабилитационными факторами являются: интенсивная трудовая деятельность и воспитательные мероприятия, имеющие в основном религиозную основу, а также труднодоступность для наркоторговцев (центр расположен в сельской местности).

Нам представляется целесообразной организация реабилитационного центра для несовершеннолетних, независимого от наркологического диспансера. Он может функционировать как в системе здравоохранения, так и соцзащиты или образования. Основной штат должен соответствовать реабилитационным задачам: психологи, психотерапевты, социальные работники и педагоги, включая учителей-предметников, которые могут привлекаться на почасовой основе. Цель реабилитационного центра – восстановление нормального психического, соматического и социального функционирования. К числу основных задач относятся: возвращение несовершеннолетнего в образовательную или трудовую среду, а также восстановление адекватных семейных отношений. Методики работы таких центров достаточно хорошо описаны в литературе.

В вопросах реабилитации центр должен сотрудничать со школьными психологами, «Центром психолого-педагогической помощи» и МППК.

Психиатрическая больница. Ее роль в профилактике определяется высокой частотой формирующейся психопатии в генезе наркологических заболеваний у несовершеннолетних. Объектом профилактического воздействия в первую очередь будут несовершеннолетние с ПХФЛ и резидуальными органическими поражениями головного мозга. Используется весь спектр лечебных мероприятий: медикаментозное, психотерапевтическое, социотерапевтическое и др.

Психиатрическое учреждение будет являться основным лечебным звеном и для больных, страдающих психическими заболеваниями и

злоупотребляющих ПАВ. В случае формирования у них химической зависимости вопрос о дальнейшем наблюдении решается индивидуально в зависимости от степени тяжести психического и наркологического расстройства. В случае преобладания в клинической картине наркологического заболевания пациент передается наркологами, в том случае, когда больной изначально наблюдался психиатрами с преобладающей клинической картиной психического расстройства, целесообразно оставить его под наблюдением психиатров.

Соматические ЛПУ. Речь идет в первую очередь о школьных врачах, наиболее приближенных к несовершеннолетним, их семьям и педагогическому коллективу. Их роль может заключаться в выявлении несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, а также в поддержке психокоррекционных мероприятий, проводимых психологом и психотерапевтом.

Эта поддержка может осуществляться методом опосредованного психологического воздействия через соматическое состояние. При этом информация, сообщаемая врачом-педиатром, воспринимается несовершеннолетними как более объективная, особенно если подтверждается инструментальными методами обследования.

Инспекция по делам несовершеннолетних. Учитывая тесную взаимосвязь различных форм девиантного поведения со злоупотреблением ПАВ, роль этой комиссии очевидна. Она может взаимодействовать со всеми перечисленными учреждениями в пределах своей компетенции. Объектом ее воздействия должны быть несовершеннолетние из числа злоупотребляющих ПАВ, характеризующиеся делинквентным и девиантным поведением. При этом в профилактике будут использоваться преимущественно юридические методы воздействия на несовершеннолетнего и его семью. В сферу влияния инспекции не должны попадать подростки, злоупотребляющие ПАВ, но не нарушающие правопорядок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Последние два десятилетия обозначились резким ростом потребления ПАВ молодежью. Проведенное нами исследование показало, что распространенность группы АП (группы риска по употреблению ПАВ) к 16 годам достигает почти половины (49,6%) учащихся средних учебных заведений. Именно из этого контингента в дальнейшем формируется когорта наркологических больных.

Основной целью проведенной работы являлась разработка принципов и методов активной профилактической и реабилитационной помощи подросткам, злоупотребляющим ПАВ с АП и зависимостью на основе изучения их клинических и социально-психологических особенностей.

Оказалось, что интенсивный рост группы АП начинается с 12 лет и к 16 годам достигает максимума, составляя около половины учащихся. Доказано, что АП протекает в двух вариантах: благоприятном (транзиторном), заканчивающемся переходом к «бытовому» потреблению алкоголя при отказе от других ПАВ, и неблагоприятном (прогредиентном), характеризующимся формированием признаков зависимости.

Описываемые феномены транзиторной формы АП в основном относятся к употреблению алкоголя, являющегося наиболее распространенным ПАВ в подростковой среде, а также к каннабиоидам и таблетированным лекарственным препаратам. Потребление героина, как правило, предопределяет прогредиентный тип течения АП в связи с быстрым формированием зависимости (в течение первого месяца, в отличие от двухлетнего периода при употреблении алкоголя). Другие наркотические и токсические вещества по этому показателю занимают среднюю позицию.

Указанная выше пороговая частота на начальном этапе употребления алкоголя отражает переход от бытовых (социально нейтральных) форм употребления ПАВ, определяемых культурными традициями большей части популяции с нормативным поведением, к форме, определяемой актуализирующейся потребностью в достижении состояния комфорта, при этом употребление ПАВ становится привычным способом разрешения проблем социальной адаптации. Этот переход сопровождается следующими феноменами.

На психологическом уровне злоупотребление ПАВ на начальном этапе является видом копинг-поведения, когда подросток осознанно употребляет алкоголь для преодоления своих личных психологических проблем (например, стеснительности), при этом употребление ПАВ не является для него самостоятельной целью. Такая ситуация характерна для транзиторного варианта АП.

При прогредиентном течении АП происходит ослабление мотивов, препятствующих приему ПАВ, что проявляется в форме группового влечения, так как внешний соблазн не встречает внутреннего сопротивления. Зарождающееся психическое влечение формирует психологические защиты преимущественно в виде отрицания, генерализации, проекции и рационализации. В отличие от копинг-поведения, которое помогает, хотя и неэффективно, отсрочить решение

проблемы, задача психологической защиты – устранить когнитивный диссонанс между продолжающимся злоупотреблением ПАВ и явным вредом, наносимым самому субъекту и его окружению. Одновременно может применяться несколько психологических защит, которые принципиально отличаются от копинг-стратегий также тем, что носят неосознаваемый характер. Формирование конкретного вида психологической защиты зависит от ряда факторов: личностных особенностей подростка, его интеллектуального уровня и ситуации (в частности, степени откровенности с объектом отношений и осведомленности последнего о характере злоупотребления). Имеет значение также и возраст: если для младших подростков характерны более примитивные формы защит в виде отрицания, то по мере взросления возрастает роль рационализации. Они имеют тесную связь с актуализацией влечения, приобретая по мере его усиления мировоззренческий оттенок со стереотипизацией установок. Указанная тенденция просматривается не только во время злоупотребления ПАВ, но и в период ремиссий.

Влечение к ПАВ также способствует заострению личностных реакций, приводящих к учащению конфликтов и нарушениям различных форм социальной адаптации. Типичной является следующая последовательность: в первую очередь нарушается семейная адаптация, в дальнейшем – школьная, в последнюю очередь адаптация со сверстниками и другим окружением, завершая формирование генерализованного типа социальной дезадаптации. Такая последовательность отсутствует при развитии несовершеннолетнего в условиях безнадзорности, особенно когда родители сами злоупотребляют алкоголем. Семейное пьянство в группах АП и клинической отмечалось в два раза чаще, чем в контрольной. В этом случае первичным звеном нарушенной социальной адаптации начинает выступать школа.

К числу социально-психологических факторов, влияющих на формирование прогрессивного течения АП, относится неполная семья. Негативный характер влияния этого фактора в наибольшей степени сказывается на мальчиках. Роль неполной семьи опосредована фактором наследственности (распад семей чаще всего происходил под влиянием злоупотребления алкоголем), так и фактором неправильного воспитания. Кроме безнадзорности, патогенным являлся также тип воспитания с противоречивой направленностью родительских установок («маятникообразное» воспитание).

Подростки с АП изначально характеризовались нарушенными взаимоотношениями с окружающими, при этом в наибольшей степени страдала откровенность с родителями (особенно с отцом) и учителями. Откровенность с окружающими имела ряд препятствий, главным из которых являлась боязнь ухудшения отношений и дискредитации в глазах значимого микросоциума.

Семья часто становилась источником стрессорных влияний на подростков: они подвергались унижению, эмоциональному отвержению, стыдились своих родителей и испытывали чувство утраты.

Особенности семейных отношений препятствовали удовлетворению жизненно важных потребностей подростков, в том числе и

познавательных, которые у них были недостаточно сформированы. Круг их интересов в основном носил потребительский характер, одновременно они не были способны самостоятельно организовать свой досуг, в связи с чем предпочитали пассивное времяпрепровождение или участие в азартных играх. В результате в системе значимых отношений у подростков с АП ведущую роль начинают играть сверстники с негативными установками, в том числе – потребители ПАВ. Сами подростки с АП также стремились вовлечь в употребление ПАВ сверстников из ближайшего окружения. Наши данные подтвердили справедливость выделения среди потребителей ПАВ лиц, поведение которых определялось наркоманической и криминальной субкультурой (Лавкай И.Ю., Александров А.А., 1992). К лицам из криминальной субкультуры были отнесены 25,3% обследованных юношей и 5,5% девушек, страдающих зависимостью. По сравнению с подростками, относившимися к наркоманической субкультуре, они характеризовались большей частотой патохарактерологического формирования личности (71,4% против 34,2%).

Совокупность указанных обстоятельств способствовала формированию девиантного, в том числе криминального, поведения. Последнее в основном характеризовалось корыстным характером и отмечались у каждого четвертого подростка еще до начала злоупотребления ПАВ, а после формирования зависимости - у подавляющего большинства (84,3%). На этом этапе криминальная активность в основном была направлена на получение средств для приобретения ПАВ.

На физиологическом уровне прогрессивное течение АП характеризуется следующим:

- высокой толерантностью (превышающей среднепопуляционный в 2-3 раза) при учащении случаев снижения количественного контроля;

- амнестическими формами опьянения, отличающимися от характерных для алкоголизма тем, что они встречаются только при оглушающих дозах;

- длительным сохранением рвотного рефлекса, который начинает ослабляться по мере формирования группового влечения;

- постоянно выраженным сознательным стремлением достичь глубокого опьянения;

- передозировками, не влекущими за собой появления отвращения к спиртному и чувству вины, как это бывает у эпизодически употребляющих алкоголь подростков, а наоборот, сочетающимися с бравадой, что отражает особенности психологической защиты.

Как показало наше исследование, ни возраст приобщения к ПАВ, ни возраст к моменту первого опьянения не играют существенной роли в формировании зависимости. Сам по себе факт первой пробы ПАВ, как правило, не оказывает существенного влияния на формирующееся впоследствии отношение к нему. Первое же опьянение доставляет удовольствие только половине подростков из группы АП и 1/3 из контрольной группы, в остальных случаях оно, как правило, вызывает отрицательную реакцию, поэтому употребление ПАВ возобновляется лишь спустя некоторое время.

Клинические предикторы, определяющие прогрессивную динамику АП, представлены рядом факторов. К ним относится наследственность,отягощенная алкоголизмом родителей (80,6%), особенно возникшим до рождения ребенка. Оказалось, что указанный фактор играет роль как в приобщении к ПАВ, так и в формировании зависимости. Особое значение в формировании прогрессивного течения АП имеет церебрально-органическая неполноценность резидуального характера, что проявилось, в частности, в большой частоте черепно-мозговых травм, выявленных в анамнезе до начала злоупотребления ПАВ (19,6%). При этом последствия травм независимо от их тяжести характеризовались преимущественно церебрастеническими явлениями: головной болью, утомляемостью, метеопатией, эмоциональными расстройствами, легким нарушением когнитивных функций. Тяжелых энцефалопатических явлений не отмечалось, возможно, потому, что они способствуют непереносимости ПАВ.

Прогрессивное течение АП почти в половине случаев (42,6%) было сопряжено с патохарактерологическим формированием личности. При этом начало злоупотребления ПАВ в большинстве случаев совпадало с периодом дисгармоничного пубертатного криза, в рамках которого преобладали реакции оппозиции и эмансипации. Клиническое обследование позволило говорить о преобладании неустойчивого типа личности у юношей (70,0%) и демонстративного (истерического) у девушек, особенно при прогрессивном течении АП (72,0%). Транзиторный вариант течения АП характеризовался большим разнообразием типов личности, при этом не выявлено абсолютного преобладания одного из них, однако имелась тенденция к относительному преобладанию гипертимного типа акцентуации, особенно у девушек (27,3% против 15,5% в контрольной группе).

Можно предположить, что склонность гипертимных подростков к употреблению ПАВ обусловлена их активностью, стремлением испытать все новое, незнакомое. Основным мотивом потребления ПАВ для них является гедонистический (включая любопытство). В отличие от подростков с неустойчивым типом личности, употребление ПАВ происходит чаще на фоне повышенного настроения и не связано с желанием компенсировать душевный дискомфорт. Алкоголизация и наркотизация для гипертима представляют один из многих способов получения удовольствия, которые они способны реализовать в силу своей высокой активности. Они редко напиваются до выраженного опьянения, тем более не делают этого осознанно, и, удовлетворив свой «исследовательский интерес», могут отказаться от наркотиков и алкоголя или, по крайней мере, сократить частоту выпивок.

В отличие от гипертимов, неустойчивый подросток часто употребляет ПАВ под давлением среды (субмиссивный мотив), боясь показаться «белой вороной» в значимой для него группе сверстников. Он не умеет, а часто и не хочет отказаться от предложения употребления ПАВ, которые позволяют ему преодолеть чувство скуки, возникающее из-за неумения организовать свой досуг, а также компенсировать ощущение своей неполноценности (детензивный мотив). Нередко они напиваются сознательно до выраженного опьянения, чтобы снять эмоциональное напряжение, которое у них легко возникает на фоне достаточно простых житейских трудностей. Не

обладая достаточной энергией для альтернативных способов самоутверждения, они выбирают самый простой и доступный – алкогольное опьянение или одурманивание другими ПАВ. По этим причинам им гораздо труднее, чем гипертимам, отказаться от продолжения употребления ПАВ, что в конечном итоге приводит их к формированию зависимости.

Истерический тип личности наряду с такими чертами как демонстративность, эгоизм, эгоцентризм, капризность, лживость, обладает также и чертами парциального инфантилизма с эмоционально-волевой слабостью, особенно в подростковом возрасте. Употребление ПАВ предоставляет истерической личности шанс «вырваться из толпы», продемонстрировать свою исключительность. С другой стороны, имеет место фактор подражания. Несоответствие амбиций на общественное признание и способностей для их удовлетворения, так же, как и у неустойчивого типа, ведет к дискомфортным душевным переживаниям, которые могут быть облегчены приемом ПАВ. Таким образом, употребление ПАВ будет носить полимотивационный характер: протестно-демонстративный, гедонистический, субмиссивный и детензивный. Высокая частота встречаемости истерического типа личности среди девушек, страдающих химической зависимостью, не может быть объяснена, по нашему мнению, одной лишь большой распространенностью этого типа личности среди женского пола. Существует устоявшаяся точка зрения о неблагоприятном течении наркологических заболеваний при истерическом типе личности. В последние годы, однако, у юношей, страдающих химической зависимостью, этот тип личности диагностируется все реже. Возможное объяснение заключается в том, что злоупотребление ПАВ в настоящее время уже не несет в себе признака исключительности для юношей, в то время как для девушек оно все еще остается неординарной формой поведения.

Оба этих радикала включали в себя признаки личностной незрелости, психического инфантилизма, диагностировавшегося у половины лиц с прогрессивным типом АП. Указанные феномены проявлялись, в частности, в описанном нами синдроме «Питера Пэна» (нежелании взрослеть), искаженным образом собственного «Я», нарушением антиципационных способностей и большей частотой алекситимии (при прогрессивном течении АП в два раза чаще, чем в контрольной группе). Антиципационная несостоятельность носила эгоцентрический характер, то есть распространялась только на события, имеющие отношение непосредственно к самому подростку, при сохранении способности к прогнозированию событий в отношении окружающих.

В структуре аномальных свойств личности имела также значение нарушенная самооценка. В наибольшей степени подвергался деформации образ «Я-реального»: нарушенная самооценка в группе АП встречалась в два раза чаще, чем в контрольной, при этом отмечалось увеличение сниженной и неравномерной самооценок. Одновременно регистрировалось дисгармоничное соотношение самооценок «Я-реального» и «Я-идеального» в виде их большого расхождения или слияния. В качестве компенсаторного фактора нарушенной самооценки можно рассматривать раннюю половую жизнь подростков с

прогредиентным типом АП. При этом половая жизнь могла начинаться как до АП, так и на его фоне. Половой партнер выполнял две функции: с одной стороны, он мог явиться объектом откровенных отношений, а с другой – способствовал самоутверждению, повышению уровня собственной значимости. Однако неспособность подростков поддерживать устойчивые отношения, боязнь ответственности приводила к кратковременности связей и промискуитету.

Таким образом, аддиктивное поведение является неоднородным феноменом, представленным двумя вариантами, которые различаются по социальным, психологическим, физиологическим и клиническим параметрам.

Генез личностных деформаций у зависимых больных представляет интерес не только с теоретической, но и с практической точки зрения. Внешне клиническая картина личностных свойств включала такие часто встречающиеся признаки, как скрытность, настороженность, лживость, вне зависимости от преморбидных особенностей. Это делало подростков из клинической группы похожими друг на друга. Наши данные показывают, что в группе с прогредиентным течением АП и в клинической группе отмеченные личностные расстройства являются не стойкими, которые традиционно обозначаются как изменения личности (заострение преморбидных черт, морально-этическое снижение ...), а отражают на личностном и поведенческом уровне генерализацию влечения к наркотику. В.Б.Альтшуллер (1994), описывая генерализованную форму патологического влечения к алкоголю, отмечает, что она тесно спаяна с личностью больного, формирует его убеждения, относящиеся к алкогольной сфере до уровня сверхценных идей. То же самое, но еще в большей степени, по нашему мнению, свойственно больным наркоманией.

Характерно, что лживость больных, их демонстративное поведение, оцениваемые как истерические феномены, как правило, не выходят за рамки «наркоманической мотивации». Повторное обследование наших пациентов в период устойчивой ремиссии показало отсутствие стабильных личностных расстройств. Следовательно, выявленные в период рецидива особенности личностного реагирования и поведения, которые появляются, например, при опийной наркомании уже через несколько недель или месяцев, выражают особенности генерализации влечения, а не болезненно обусловленные качества личности, связанные с токсическим воздействием наркотика.

В настоящее время профилактика АП должна определяться принципами междисциплинарного взаимодействия и активной комплексной помощи, поэтому в ней задействованы представители различных профессий: врачи-наркологи, педагоги, психологи и сотрудники правоохранительных органов, но их взаимодействие слабо координируется. При проведении профилактических мероприятий игнорируются различия контингентов, являющихся объектом воздействия. В целом преобладает медико-центрический подход.

Определяя систему мероприятий по профилактике АП, следует учитывать контингент, к которому они обращены, с точки зрения вовлеченности в употребление ПАВ (интактные подростки, группа АП, зависимые), а также с учетом его статуса в микросоциальном

окружении (семья, педагоги, сверстники). Общий каркас профилактических мероприятий включает в себя два подхода: информационный и психокоррекционный, ориентированный на изменение личностного отношения.

Информационное направление представлено лекциями, которые мы рекомендуем проводить по типу круглого стола, при возможности с участием разных специалистов, а также воспитанием через учебный предмет (когда информация «разнесена» по разным учебным дисциплинам).

Психокоррекционная работа проводится в виде консультирования, тренингов в малых группах и большой ролевой игры («Школа без наркотиков») и психотерапии. В основе методов психологического воздействия лежат принципы гештальт-терапии, позитивной, бихевиорально-когнитивной и клиентцентрированной психотерапии. К числу конкретных приемов, используемых во время тренингов и групповой психотерапии, относятся следующие: групповая дискуссия, «горячий стул», «скульптура», упражнение на выражение чувств, ролевые игры, тематическая медитация, индивидуальный и групповой рисунок. Для активизации вынесения проблем на обсуждение использовалась беседа с анализом результатов психологического обследования, а также предварительные и текущие индивидуальные консультации. Обсуждение проблемы включало в себя анализ ее позитивного смысла, роли характерных черт подростка, влияния семьи и ближайшего окружения в возникновении, а также роль этих факторов в возможном ее разрешении. Значение групповой дискуссии увеличивается у старших подростков, тогда как у младших преобладают игровые методы.

Наши данные позволили выделить типичные проблемы, значимость которых зависела от степени вовлеченности подростков в употребление ПАВ. Так, в контрольной группе ведущими были проблемы обучения (53,9%), выбора профессии (40,1%), любви (30,8%) и материальные (29,1%); в группе АП – проблемы обучения (55,2%), любви (48,4%), выбора профессии (43,0%), материальные (42,4%); в клинической группе – материальные (46,3%), здоровья (41,1%), обучения (38,9%), выбора профессии (35,8%) и вредных привычек (30,5%).

К числу личных проблем руководителя группы относятся агрессивность и нарушение правил поведения участниками группы. С целью их преодоления руководитель должен доходчиво объяснять правила поведения в группе и напоминать о них, при необходимости демонстрируя на собственном примере, а также гибко реагировать на все изменения, происходящие в группе, применяя метод «психологического айкидо». Стиль ведения группы меняется от директивного с младшими подростками до демократического со старшими.

Профилактические мероприятия с подростками с нормативным поведением включают в себя преимущественно информационное направление, а также групповые методы коррекционной работы (социально-психологические тренинги).

При транзиторном типе течения АП из перечисленных методов выбор остается за информационным направлением профилактики, а также

психокоррекционными методами воздействия на подростков и их семьи (тренинги, консультирование), которые могут носить краткосрочный характер. Основной целью является обучение навыкам правильного образа жизни.

Прогредиентный тип течения АП требует более глубокого личностного уровня работы, что предполагает продолжительное вмешательство: приоритетным направлением профилактики является индивидуальная и групповая психотерапия, с особым местом семейной психокоррекционной и психотерапевтической работы с отдельными участниками коррекционно-реабилитационного процесса.

Реабилитационные мероприятия с зависимыми подростками включают в себя в первую очередь индивидуальную и групповую психотерапию, а также психотерапевтическую помощь созависимым членам семьи.

Мишени и методы психологического воздействия представлены в табл. 37. Актуальность мишеней зависит от группы: нормативного, аддиктивного поведения и зависимых. В таблице также показаны основные методы психологического и психотерапевтического воздействия, которые могут реализовываться в индивидуальной и групповой форме.

Воздействие на педагогический коллектив является сквозным (имеющим отношение ко всем контингентам подростков) и включает в себя консультативную помощь при проведении воспитания через предмет, а также индивидуальную и групповую оздоровительную работу с сотрудниками. Конечной целью является создание психологической атмосферы, облегчающей усвоение здорового образа жизни, реабилитацию зависимых подростков и возвращение их в образовательную среду.

Предлагаемые мероприятия профилактической направленности требуют принципиально новых организационных подходов. В то же время создание новых учреждений представляет собой большие сложности, прежде всего по финансовым соображениям. Поэтому нами разработан следующий организационный подход, заключающийся в использовании уже существующих учреждений и организаций, в том числе в образовательной среде, системе социальной защиты, когда их деятельности придается новый профилактический смысл и сама деятельность насыщается новыми методами и средствами профилактической работы.

В Иванове, как и в большинстве областных центров, имеются учреждения, где оказывается психологическая помощь: это Центр психолого-педагогической помощи семье и детям, являющийся структурой Министерства социальной защиты, и Медико-психолого-педагогическая консультация (МППК), находящаяся в сфере Министерства образования. С нашей точки зрения, эти учреждения должны стать головными в вопросах профилактики злоупотребления ПАВ. В настоящее время их участие в решении этой проблемы минимально: объем работы, связанной с АП несовершеннолетних, составляет менее 10%. Изменение акцентов деятельности потребует внесения изменений в положение о работе МППК и, соответственно,

изменения штатного расписания (введение должностей психотерапевта и нарколога).

Наш опыт показывает, что оптимальная организация профилактической работы строится по принципу бригадного обслуживания с участием педагогов-предметников, социальных педагогов, школьных и клинических психологов, врачей-наркологов и психотерапевтов. Такой принцип выводит профилактику из медико-центрической парадигмы на уровень междисциплинарного взаимодействия указанных специалистов. Распределение зоны ответственности каждого из них определяется соотношением социальных, психологических и клинических критериев, характеризующих тип течения АП или наличие зависимости:

в работе с подростками с нормативным поведением основная роль принадлежит педагогам;

в группах с транзиторным типом течения АП – социальному педагогу и школьному психологу при консультативной помощи врача-психотерапевта и нарколога;

при прогрессивном типе течения АП повышается роль психотерапевтического воздействия, которое осуществляется школьным и клиническим психологом, совместно с врачом-психотерапевтом, при консультативной помощи врача- нарколога;

в группе подростков с зависимостью ведущая роль в вопросах реабилитации принадлежит врачу-наркологу и психотерапевту, использующим медикаментозное и психотерапевтическое лечение.

До настоящего времени остается недостаточно востребован потенциал врачей соматического профиля, в частности врачей-педиатров и подростковых врачей. Их роль может заключаться в своевременном выявлении несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, а также в усилении мотивации для обращения за психологической и наркологической помощью.

Сфера деятельности сотрудников правоохранительных органов должна быть ограничена подростками с противоправным поведением, то есть под их компетенцию подпадают преимущественно подростки с прогрессивным типом течения АП и зависимостью. Распространение их деятельности на лиц с транзиторным течением АП должно быть ограничено, поскольку такое вмешательство может нарушить доверительные отношения подростка с другими участниками реабилитационного процесса.

Реализация указанных предложений требует проведения специальных циклов обучения школьных и клинических психологов, а также врачей общего профиля (в первую очередь подростковых врачей и педиатров) и сотрудников правоохранительных органов (ОППН) по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ несовершеннолетними. Этот подход реализован нами в Ивановской области с использованием научно-педагогического потенциала кафедры психиатрии, психотерапии, наркологии и реабилитологии медицинской академии.

Активизация третичной профилактики (реабилитации зависимых) требует создания промежуточных звеньев наркологической помощи: дневных стационаров и реабилитационных центров. Организация

последних также должна носить междисциплинарный подход с участием указанных выше специалистов, в связи с чем за реабилитационным центром целесообразно закрепить самостоятельный статус вне структуры наркологической службы.

Схема взаимодействия различных организаций по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ и реабилитации несовершеннолетних, страдающих болезнями зависимости, представлены на рис. 6.

Основной принцип расчета затрат на реализацию программы профилактики строится на том, что дополнительные средства потребуются почти исключительно на психокоррекционную и психотерапевтическую работу. В программе задействованы подростки от 11 до 17 лет, то есть она рассчитана на 7 лет, из них 1 год интенсивной работы и 6 лет психологической поддержки.

В течение первого года предполагаются трудозатраты 23 часа на одного подростка, которые включают в себя следующие виды работы. Групповые виды (10 часов): складывается из стандартного расчета функционирования группы из 8 человек на протяжении 50-56 часов, то есть в среднем 7 часов на одного участника. Дополнительные 3 часа предусмотрены на последующее функционирование в виде группы встреч.

Индивидуальная работа (8 часов). Учитывается краткосрочный вариант психокоррекции и психотерапии в виде 20 сеансов для тех, кто по каким-либо причинам не участвует в групповой форме, а также для подростков с пограничной психической патологией, нуждающихся, кроме групповой, в дополнительной индивидуальной работе. Доля таковых, по нашему мнению, составляет около 20 %. Около 30% участвовавших в групповой форме работы также эпизодически обращаются за индивидуальными консультациями.

Работа с семьей (6 часов). Учитываются следующие возможные виды деятельности: тренинг родительской эффективности, участие родителей в отдельных групповых сессиях подростков, индивидуальная и групповая семейная психотерапия.

Ежегодные трудозатраты на одного подростка составят в среднем 5 часов. Таким образом, трудозатраты за период 6 лет составят 30 часов, а на всю программу - 53 часа, то есть в среднем 7,3 часа на одного подростка в год. Учитывая, что почасовая ставка оплаты специалистов в настоящее время составляет 35,7 рубля, общие ежегодные затраты - 260,61 рублей в год на одного подростка. Если к этой сумме прибавить средства на необходимое оборудование, то она может увеличиться до 280-300 рублей, что не превышает расходов на один койко-день в наркологической больнице.

При оценке медико-социального эффекта проведенных профилактических мероприятий учитывались поведенческие изменения, к числу которых относился отказ от употребления любого ПАВ или значительное снижение употребления алкоголя, исчезновение невротических симптомов. Анализировались также самоотчеты и результаты экспериментально-психологических исследований.

Суммируя эти показатели, можно утверждать, что положительный итог достигался у 70% участников профилактической программы.

Вместе с тем, в отличие от результатов лечения зависимых, где эффективность определяется ремиссией, продолжительностью не менее 1 года (средние показатели не превышают 10%), в случае успешной реализации профилактических мероприятий результатом является сохранение здоровья и возможность перспективного роста личности.

Приведенные нами расчеты соотносятся с результатами исследований R.L.Spoth, M.Guyl, S.X.Day (2002), показавших, что каждый доллар, вложенный в первичную профилактику алкоголизма, приносит прибыль 9,6 доллара.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать обобщающие выводы в соответствии с поставленными задачами.

ВЫВОДЫ.

1. Социальным критерием аддиктивного поведения является такая частота группового употребления психоактивных веществ и возникающих физиологических, психологических и социальных последствий, когда ПАВ становится ведущим способом решения проблем подростка.

В возрасте 13 лет и моложе пороговой частотой является прием повторных опьяняющих доз, а для 14-летних и старше – употребление алкоголя чаще одного раза в месяц при неоднократных интоксикационных дозах, а также независимо от возраста – повторное употребление других ПАВ.

К психологическим критериям АП относятся: ослабление мотивов, препятствующих приему ПАВ, с формированием групповых форм употребления и закрепление вариантов психологической защиты в виде отрицания, проекции, генерализации и рационализации. Одновременно заостряются личностные реакции, приводящие к учащению межперсональных и семейных конфликтов и к нарушениям адаптации.

Физиологическим критерием является рост толерантности не менее чем в 2-3 раза с угасанием рвотного рефлекса при закреплении групповых форм злоупотребления ПАВ.

Клиническими критериями АП являются: амнестические расстройства в состоянии алкогольного и токсико-наркотического опьянения; усиление акцентуаций характера с появлением патохарактерологических реакций, эмоционально-поведенческие и аффективные расстройства с колебаниями настроения дисфорически-дистимического характера; усиление интенсивности аффективного компонента в структуре влечения с выраженным влиянием на поведение по доминантному типу.

2. Аддиктивное поведение характеризуется двумя формами течения: благоприятный (транзиторный) и неблагоприятный (прогредиентный) варианты.

2.1. При благоприятном (транзиторном) типе течения ведущим критерием является социальный, отражающий частоту группового употребления ПАВ. При этом спиртное или иное психоактивное вещество выступают осознанным средством достижения прагматических целей несовершеннолетнего, поэтому АП выступает как копинг-поведение. При обучении другим (альтернативным) способам достижения цели потребность в ПАВ отпадает, и транзиторный вариант АП редуцируется.

2.2. При прогредиентном течении АП определяющим признаком является совокупность нарастающих по степени тяжести социальных, психологических и клинических критериев. При этом алкоголь или иное ПАВ становится ведущим мотивом употребления и отрывается от начальной мотивации.

3.1. Социально-психологическими факторами, влияющими на формирование прогредиентного типа течения аддиктивного поведения, являются: неполная семья; асоциальное поведение и злоупотребление

родителей алкоголем; нарушенные отношения между ее членами (включая дефицит родительской эмпатии); отсутствие доверительных отношений с ребенком; воспитание по типу гипоопеки или противоречивой направленности родительских установок; преобладающий круг общения подростка с потребителями ПАВ в сочетании с различными формами девиантного или криминального поведения; невозможность удовлетворить свои актуальные потребности в сочетании с отсутствием устойчивых позитивных увлечений, склонностью к азартным играм и неспособностью к организации досуга; ранние половые связи; негативное отношение к учебе.

3.2. К прогностически значимым клиническим факторам, определяющим прогрессивную динамику аддиктивного поведения, относятся: наследственность, отягощенная алкоголизмом родителей; церебрально-органическая недостаточность резидуального характера; патохарактерологические реакции и ПХФЛ неустойчивого и демонстративного типов; дисгармоничный пубертатный криз; нарушенная самооценка в структуре аномальных свойств личности; алекситимия; антиципационная несостоятельность; субмиссивная и гедонистическая мотивация потребления ПАВ; предпочтительное употребление "тяжелых" наркотиков.

4. Ведущий тип (транзиторный или прогрессивный) динамики аддиктивного поведения определяет направленность и характер профилактических мероприятий по предупреждению злоупотребления ПАВ подростками и особенности их реабилитации.

4.1. При благоприятном (транзиторном) варианте течения аддиктивного поведения ведущими являются индивидуальные и групповые методы психологического воздействия на подростков (тренинги и психокоррекционная работа), воздействие на семью (консультирование и семейная психокоррекция), психопрофилактическая помощь педагогическому коллективу (консультирование, тренинги, психотерапевтическая поддержка специалистов образования), консультации при проведении воспитания через учебный предмет.

4.2. При прогрессивной динамике аддиктивного поведения комплексный характер профилактической помощи включает индивидуальные и групповые формы психотерапевтической работы с подростками, основанные на приемах и методах гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой, позитивной и клиент-центрированной психотерапии. В младших возрастных группах эффективным является использование директивного стиля работы психотерапевта, в старших возрастных группах - демократического.

Профилактическая помощь семье включает консультативную, индивидуальную и групповую психотерапевтическую помощь взрослым членам семьи. Работа с педагогическим коллективом состоит из мероприятий, направленных на профессиональную подготовку и переподготовку специалистов образования в реализации программ антинаркотической профилактической работы.

4.3. Ведущую роль в работе с зависимыми подростками играют методы индивидуальной и групповой психотерапии с обязательным вовлечением в работу родительской семьи и ближайшего окружения.

Роль педагогического коллектива заключается в содействии подростку в возвращении его в образовательную среду.

5. Системный характер профилактической помощи подросткам с формированием зависимости должен учитывать тип течения АП и обеспечиваться бригадной формой обслуживания во всех учреждениях, вовлеченных в оказание комплексной профилактической работы (центры психолого-педагогической помощи Министерства социальной защиты населения РФ; медико-психолого-педагогические консультации (МППК) Министерства образования РФ; специальные образовательные учреждения; реабилитационные центры). При бригадном обслуживании на основе принципа междисциплинарного взаимодействия специалистов (педагогов-предметников и социальных педагогов, школьных и клинических психологов, врача-нарколога и психотерапевта) мера ответственности каждого из них определяется соотношением социальных, психологических и клинических критериев, обуславливающих прогрессивность АП. В группах подростков с транзиторным типом течения АП приоритет отдается педагогическим методам воспитательного воздействия, осуществляемого специально обученным школьным психологом и социальным педагогом при консультативной помощи врача; при прогрессивном течении АП психотерапевтическая помощь осуществляется школьным и социальным психологом совместно с врачом-психотерапевтом. Профилактическая помощь в группе подростков с зависимостью осуществляется при ведущей роли врача-нарколога и психотерапевта и обязательно включает реабилитационный компонент.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абшаихова У.А. Клинические и психосоциальные особенности формирования гашишной наркомании у подростков в республике Кыргызстан. - Автореф. дисс... канд. мед. наук. СПб, 1992- 18 с.
2. Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Клинико-катамнестическое исследование подростков, больных гашишной наркоманией.//Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. научных трудов, том 128, Л.: Изд. Лен. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. Бехтерева, 1991, с.72-75
3. Авдеев С.Н., Надеждин А.В., Иванов А.И., Кочкин Д.В. Виртуальная профилактика химической зависимости. // Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгресса педиатров России.- М., 1998, С.163.
4. Агеева И.А. Личностные особенности алкоголизирующихся девочек-подростков, обучающихся в ПТУ: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Л.,1990.- 22 с.
5. Адылов Д.У. Основные тенденции формирования наркоманий в последнее время // Актуальные вопросы наркологии: Сб. науч. тр. каф. психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та - Фрунзе, 1987,-Вып. 9. - С.40-45.
6. Адылов Д.У. Вопросы профилактики наркоманий // Актуальные проблемы наркоманий: Сб. науч. тр. кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та.- Фрунзе, 1988,- Т.169.- Вып.10.- С. 15-26.
7. Александров А.А. Цели и задачи психотерапии при основных типах делинквентного поведения у подростков //Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Тр. Лен. психоневрол. НИИ им.В.М.Бехтерева.- 1988, - Т.121.- С. 69-74.
8. Алексеев Б.Е. Системный подход к проблеме наркоманического поведения // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всероссийской конф. - Томск, 1990.- С.130.
9. Алексеев Б.Е. Системный подход к изучению алкоголизма и наркоманий //Обзор психиатрии и мед. психологи.- 1992 . - №1. - С.48-57
10. Алексеев П.С. Алкоголизм. - Рига, 1898.- 256 с.

11. Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000: Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья, состоявшегося в 1996-1998 годах и Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье" (17 декабря 1996 г., Москва). - М.: Российская ассоциация общественного здоровья. 1998. - С.83-87.
12. Альтшуллер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии.- М., 1994. -216 с.
13. Альтшуллер Г., Верткин И. Как стать гением: Жизненная стратегия творческой личности.- Минск: Беларусь, 1994.- 479 с.
14. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении //Саморазрушающее поведение у подростков: Тр. Лен. психоневрол. НИИ им В.М.Бехтерева. - 1991. - Т.128. - С.29-36.
15. Анохина И.П., Коган Б.М., Маньковская И.В., Рещикова Е.В., Станишевская А.В. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий и пути поиска для лечения этих заболеваний // Фармакология и токсикология, - 1990. - № 4.- С. 4-9.
16. Антропов А.Ю. К проблеме возрастной периодизации алкоголизма // XIII съезд психиатров России : Материалы съезда.- М., 2000. - С. 227.
17. Архаров Д.А., Клименко Т.В. Особенности социальной активности больных наркоманией в преморбидном периоде // Материалы международной конференции психиатров, Москва, 16-18 февраля 1998 г. - М.: РЦ "Фармединфор", 1998, - С.296.
18. Атабаева Н.Т. Психические нарушения при некоторых интоксикациях.// Актуальные проблемы наркоманий: Сб. науч. трудов кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та. Т. 169, вып.10.- Фрунзе, 1988, С. 26-32.
19. Ахмердова Ф.Г. Половое развитие и воспитание школьников. //Укрепление здоровья в школе: Тез. докл. Всерос. научно-практ. конф.- Казань, 2000, - С.9.
20. Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (Терапия фокусированная на решении). Пер. с англ. (Часть первая) - СПб.: "Речь", 2000. - С. 20-22.
21. Бабичева Л.П. Опыт организации наркологической помощи детско-подростковому контингенту в центральном административном округе г.Омска // Вопросы наркологии. - 1999. - № 4.- С. 54-56.

22. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. Издание 3-е. - М.: Магистр, 1997. - 96с.
23. Баева И.В. Развитие волонтерского движения в условиях провинциального города. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) - Кострома, 2002.- С. 44-45.
24. Барцалкина В.В. Повышение эффективности антинаркотического воспитания подростков.- М.: Об-во "Знание" РСФСР, 1988.- 48 с.
25. Басинская Н.М., Самарина А.Г., Серова В.Н., Алевалова А.В. Несовершеннолетние наркоманы как контингент высокого риска по распространению болезней, передающихся половым путем // Вестник дерматологии и венерологии. - 1992 . - № 8. - С. 41-45.
26. Басов А.В. История и современное состояние изучения психологии здоровья человека. Монография. - Ярославль, 2000.- 120 с.
27. Батищев В.В. Опыт адаптации минесотской модели лечения зависимости в стационарном психотерапевтическом отделении для больных алкоголизмом (программа "Решение") // Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. - С. 38-44.
28. Баушева И.Л., Кошкина Е.А., Паронян И.Д. К вопросу о потребностях в информации о здоровом образе жизни школьников, их родителей и педагогов // Наркостоп: Ежеквартальный бюллетень, издаваемый ЮНЕСКО совместно с Европейской комиссией. (Приложение). - 1998.- Февраль, вып. 1-2. - С. 1-2.
29. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании.- Самара, 1997.- 65 с.
30. Берман Р.Е., Воган В.К.. Педиатрия: Руководство. Кн. 8. /Под ред. Р.Е.Бермана, В.К.Вогана: Пер с англ.- М., 1994.- С.350-365
31. Бесчасный А.А., Гизатуллин Р.Х., Никифоров С.Г. К вопросу о роли психологических факторов в генезе алкоголизма, наркоманий и токсикоманий у подростков // Актуальные вопросы утверждения здорового образа жизни, преодоления пьянства и алкоголизма: Тезисы докл. Респ. научно-практ. конф.- Уфа, 1989. - С. 49-51.
32. Бикчентаева А.Б., Гришко И.Н., Гилемханов М.С. Использование принципов программы "12 шагов" в

- психокоррекционной группе подростков-наркоманов // Укрепление здоровья в школе: Тезисы докл. Всероссийской научно-практ. конф.- Казань, 2000. - С.117.
- 33.** Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патопсихология алкогольной болезни и наркоманий: Учеб. пособие.- М.: УДН, 1991.- 104 с.
- 34.** Битенский В.С. Фармако- и психореабилитация подростков с девиантной и аддиктивной деятельностью // Неврологический вестник. - 1994.- Том 26. - №3-4. - С. 31-34.
- 35.** Битенский В.С., Херсонский В.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Тр.Лен. психоневрол. НИИ им. В.М.Бехтерева. - 1989. - № 123. - С.83-88.
- 36.** Битенский В.С., Херсонский В.Г., Дворяк С.В. Глушков В.А. Наркомании у подростков. - Киев, 1989.- 212 с.
- 37.** Блинов А.С. Антиалкогольное воспитание в семье и школе. - 1983- **найти книгу!**
- 38.** Блинова Л.Н. Психологическая профилактика наркотизма // Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования: Тезисы международной научно-практической конф. - М.: Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С. 3-5.
- 39.** Боев И.В. Пограничная аномальная личность.- Ставрополь: Изд. СГУ,1999. - 362 с.
- 40.** Бойко В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь.- СПб., Сударыня.- 1998.- 127 с.
- 41.** Бойко В.В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении. - СПб.: Сударыня. - 1999.- 32 с.
- 42.** Бородкин Ю.С., Грекова Т.И. Алкоголизм: причины, следствия, профилактика. - Л.: Наука, 1987.- 159 с.
- 43.** Борохов А.Д., Исаев Д.Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола //Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб.ст. - Л., 1989. - С. 88-93.
- 44.** Борисова Е.В., Надеждин А.В., Авдеев С.Н. Оптимальная организация "наркологической" информации в интернете // XIII съезд психиатров России : Материалы съезда. - М., 2000. - С. 228.
- 45.** Бородзина Л.В., Залученова Е.А. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и

- притязаний // Вопросы психологии.- 1993. - № 1. - С.104-113.
- 46.** Борохов А.Д., Исаев Д.Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола // Тр. Лен. психоневрол.НИИ им.В.М.Бехтерева. - 1989. - Вып. 123. - С. 88-93.
- 47.** Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма.- М.: Изд. МГУ, 1984.- 144 с.
- 48.** Братусь Б.С. Аномалии личности.- М.: Мысль, 1988.- 301 с.
- 49.** Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию // Вопросы наркологии. - 1993. - № 1 - С. 72-78.
- 50.** Брюн Е.А. Проблемы детской и подростковой наркологии // Социальная адаптация: нарушение поведения у детей и подростков: Материалы Российской научно-практ. конф. - М., 1996. - С.10-15.
- 51.** Булатников А.Н., Валентик Ю.В., Холодкова С.В., Матвеева С.В., Копыт С.Н. Клинико-психологическая оценка динамики родительской семьи больных опийной наркоманией // Материалы международной конференции психиатров. 16-18 февраля, Москва.- М.: РЦ "Фармединфор", 1998. - С.299-300.
- 52.** Булотайте Л.И. Психологическая склонность к алкоголизации у подростков из семей с алкоголизмом // Психопатические расстройства у подростков: Республиканский сб. науч. тр. ин-та им. В.М.Бехтерева. - Л., 1989. - Т.116. - С. 77-80.
- 53.** Булыгина И.Е., Цетлин М.Г., Павлова А.З., Захаров В.Н. Потребление психоактивных веществ учащейся молодежью // Вопросы наркологии. - 1998. - №1. - С. 66-68.
- 54.** Буркин М.М., Паккасвирта Т., Подгорный Т.В., Хаависта К. Сравнительное исследование употребления психоактивных веществ подростками республики Карелия и Финляндии // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф.- Омск, 2000. - С.14-15.
- 55.** Буркин М.М., Подгорный Т.В., Паккасвирта Т., Хаависта К. Транскультуральное исследование аддиктивного опыта подростков Карелии и Финляндии // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса.- М.: РОСИНЕКС, 2001. - С.55.
- 56.** Буторина Н.Е., Дедков Е.Д. Особенности девиантного поведения как клинического проявления пубертатного

криза //Саморазрушающее поведение у подростков: Тр. Лен. психоневрол. НИИ им.В.М.Бехтерева. - 1991.- Т.128. - С.15-21.

- 57.** Буторина Н.Е., Куприн И.В., Хотяновская Н.Б., Буторин Г.Г. Социально-психологические и психопатологические факторы, влияющие на терапевтическую резистентность при героиновой наркомании у подростков // 13 съезд психиатров России : Материалы съезда. - М., 2000. - С. 231.
- 58.** Вагин Ю.Р. Экспериментально-психологическое исследование мотивов злоупотребления летучими органическими углеводородами // Акт. вопр. наркологии: Тез. докл. респ. совещания врачей психиатров-наркологов в г.Калининграде 23-25 апреля 1990 г.- М., 1990. - С.134-135.
- 59.** Ваисов С.Б., Кулаков С.А. Применение методики исследования потребностей в психодиагностике и психотерапии наркоманий у подростков // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Росс. конф. "Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике". - СПб-Иваново, 2000. - С.252-258.
- 60.** Валентик Ю.В. Мишени континуального подхода в психотерапии больных алкоголизмом. // М-лы международной науч. конф.. - Гродно, 1993. - С. 304-305
- 61.** Валентик Ю.В. Континуальная терапия // Московский психотерапевтический журнал. - 1999. - № 1. - С. 47-58.
- 62.** Валентик Ю.В., Вязьмин А.М., Зыков О.В., Мартыненко А.В., Сидоров П.И., Цетлин М.Г. Медико-социальная работа в наркологии.- Архангельск, Изд. Архангельской ГМА., 1997. - 112 с.
- 63.** Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ). // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - №2. - С. 31-35.
- 64.** Вальковская В.П. Этическое просвещение учащейся молодежи как один из факторов формирования личности // Этика, деонтология в медицине на современном этапе: Материалы докладов международной научно-практической конф. 7-12 июля 1998 г.- Владивосток, 1998. - С.259-261.
- 65.** Вандервельде Э. Социалистические этюды. Вып. 1. Социализм и алкоголь.- СПб., 1906.- 87 с.

- 66.** Вандыш-Бубко В.В. Пограничные расстройства у подростков при ранних резидуально-органических поражениях головного мозга (судебно-психиатрический аспект): Дисс. ... д-ра мед. наук / Моск. мед. ин-т. - М., 1995.
- 67.** Васильева О.С., Андрущенко И.Е. Формирование смыслопоисковой активности как одна из форм профилактики наркозависимости // Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования : Тез. междунар. научно-практ. конф. - М., Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С. 7-9.
- 68.** Васильева О.С., Короткова Е.В. Значение работы с виной и стыдом в психотерапии аддиктивного поведения. // Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования: Тез. междунар. научно-практ. конф. - М.: Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С. 9-10.
- 69.** Вдовиченко А.А. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих токсическими ингалянтами //Сб. науч. тр. Ленингр. психоневрол. НИИ им.В.М.Бехтерева . - Л., 1989. - Вып.123. - С.79- 82.
- 70.** Великанова Л.П. Выявление групп риска аддиктивного поведения у подростков и пути профилактики //Современные проблемы наркологии: Материалы научно-практ. конф. 21-22 октября 1999 года.- Астрахань, 1999. - С. 152-158.
- 71.** Великанова Л.П. Медико-психологические аспекты профессиональной деятельности педагога //Здоровье в 21 веке: Сб. материалов Всероссийской научно-практической конф.. Секция "Медицина".- Тула, 2000. - С. 33-34.
- 72.** Великанова Л.П. Учебно-педагогическая деятельность и ее влияние на здоровье детей. //Здоровье в 21 веке: Сб. материалов Всероссийской научно-практ. конф. Секция "Медицина".- Тула, 2000. - С. 33-34
- 73.** Вильдовская З.Л. Методы психологической диагностики личностного развития дезадаптированных подростков. // Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков. - Раздел I. - М. - Редакционно-издательский центр консорциума «Социальное здоровье России», 1999. - С. 60.
- 74.** Владимиров Б.С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук./ Томск, 1993.

- 75.** Владимиров Б.С., Степанов А.Ф. Отклонения поведения в клинике раннего алкоголизма у подростков женского пола// Современная психиатрия и наркология: проблемы, вопросы, решения: Сб. науч. трудов.- М.: Изд. РГМУ, 1994. - С.68-71.
- 76.** Волина Т.С. Профилактика наркоманий в работе социального педагога // Практическая психология в школе (цели и средства).: Сб. тез. V ежегодной Всерос. конф. , 2000. - С. 107-108.
- 77.** Волков А.В., Мельников В.Ф., Амелина С.В. Анонимное анкетирование подростков в профилактике употребления психоактивных веществ среди учащихся. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практ. конф.) – Кострома, 2002.- С. 50-52.
- 78.** Волкова Т.З. Лиленко М.Г. Психоорганический синдром у подростков, вызванный летучими токсическими веществами // Психопатические расстройства у подростков: Респуб. сб. науч. тр. НИИ им. В.М.Бехтерева.- Л., 1989. - Т.116. - С. 47-50.
- 79.** Воробьев М.И., Худяков А.В. Динамика алкогольных психозов за последние годы в условиях усиления борьбы против пьянства и алкоголизма.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1988.- Т. 88 - Вып. 4. - С.105-108
- 80.** Воронков Б.В. О некоторых причинах низкой эффективности антинаркотической работы // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф.- Омск, 2000. - С. 16-17.
- 81.** Воротилина Г.А. Соотношение черт мужественности-женственности в структуре личности алкоголизирующихся подростков // Психопатические расстройства у подростков: Республиканский сб. науч. тр. НИИ им. В.М.Бехтерева. - Л., 1989.- Т.116. - С. 80-85.
- 82.** Вострокнутов Н.В., Василевский В.Г. Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Российский психиатрический журнал.- 2000. - № 2. - С. 12-19.
- 83.** Вострокнутов Н.В., Тростанецкая Г.Н. Профилактическая и реабилитационная помощь детям и подросткам с зависимостью от психоактивных веществ //Охрана психического здоровья детей и подростков:

Материалы IV конгресса педиатров России.- М., 1998. - С. 157-158.

- 84.** Воткина М.В. Клинические особенности ингаляционной токсикомании у подростков // Медицинские аспекты проблемы наркомании: Тезисы докл. республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г. Москве 22-23 мая 1991.- М., 1991. - С. 26.
- 85.** Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., Кириллова Л.А. Теоретические и практические подходы к созданию системы медицинской профилактики наркоманий и токсикоманий у молодежи // Медико-биологические проблемы алкоголизма. - М., 1988. - С. 232-237.
- 86.** Вуилстик К. Санитарное просвещение по вопросам курения, алкоголизма и наркоманий: Обзор отобранных программ для школьников и родителей.- Копенгаген, 1981.- 81 с.
- 87.** Выявление групп риска возможного возникновения безнадзорности и совершения правонарушений среди пациентов учреждений, оказывающих наркологическую помощь детям и подросткам (Методические рекомендации № 2002/90) / Надеждин А.В., Тетенкова Е.Ю., Авдеев С.Н., Трифонов В.П., Дзукаев А.А., Попов Д.А. - Москва. - 2001.- 45 с.
- 88.** Гадириан А.-М. В поисках нирваны. Новый взгляд с позиции науки и духовности на профилактику алкоголизма и наркомании: Пер. с англ.- СПб., 2000.- 135 с.
- 89.** Гасан-заде Н.Ю. Скорость формирования алкоголизма в зависимости от ряда психоконституциональных особенностей //Вопросы наркологии. - 1999. - №3. - С. 35-38.
- 90.** Гебхарт Я., Венцовский Е. Злоупотребление наркотическими веществами среди молодежи ЧССР// Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии: Материалы международного симпозиума. - М., 1986.- С. 54-57.
- 91.** Гиппиус С.В. Тренинг развития креативности. Гимнастика чувств.- СПб.: Речь, 2001.- 346 с.
- 92.** Гирич Я.П. Разработка и оценка эффективности психогигиенических и профилактических программ на модели алкоголизма.. - Дисс. ... докт. Мед. наук.- Красноярск. - 1998.- 210 с.
- 93.** Глаздовский Н.М. Особенности и пути повышения эффективности воспитательной работы по формированию трезвого образа жизни подростков // Здоровый образ

жизни: прикладные психологические аспекты: Материалы республиканской научно-практической конференции.- Сыктывкар, 1989. - С. 144-152..

- 94.** Глазов А.А., Кузнец М.Е., Полубояринов А.А., Цетлин М.Г. Система раннего выявления и профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в средних учебных заведениях // Вопросы наркологии. - 1989. - № 3.- С.42-46.
- 95.** Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ.- М., Практика, 1998.- 459 с.
- 96.** Голдина А.П., Худяков А.В. Групповая арт-терапия как метод коррекции девиантного поведения детей и подростков.// Тезисы международной научно-практ. конф. "Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования".- М., 2001.- С. 85- 86
- 97.** Голов А.А. Антиалкогольные настроения и винопитие в Российском обществе // Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000. -Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. - С. 376-382.
- 98.** Голубенко И.А., Дунаев А.Г., Кабатченко О.А. Некоторые аспекты профилактической работы подростковой наркологической службы // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: Сб. научных работ, посвященный 70- летию со дня рождения и 45-летию врачебной научной и общественной деятельности д.м.н., проф. Г.М.Энтина. - М.- Орел, 1994. - С.74- 78.
- 99.** Горбунова М.Ю. "Как сказать "нет": опыт профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков. // Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования: Тезисы международной научно-практической конф. - М.: Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С. 10-22.
- 100.** Городнова М.Ю., Вайсов С.Б. Тренинг родителей подростков, страдающих героиновой наркоманией // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса- М.:РОСИНЭКС, 2001. - С. 55-56.
- 101.** Горшков М.К., Шереги Ф.Э. Общественное мнение в борьбе с пьянством и алкоголизмом // Социологические исследования.- 1986. - № 1.- С. 42-45.
- 102.** Готтлиб Б. Дар долголетия // Продли свою жизнь. 900 советов для тех, кто хочет жить дольше: Пер. с англ.- М.- СПб. - 1995.

- 103.** Горанская С.В., Виноградова И.А., Иванова Л.Ю. Социологическое исследование отношения школьников, учащихся техникумов и студентов к проблеме наркомании и токсикомании // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф.- Омск, 2000. - С. 20- 22.
- 104.** Грушнин В.В., Рыбальский А.М., Чудин А.С. Некоторые особенности развития психологической зависимости при становлении токсикомании у подростков // Вопросы наркологии. - 1989. - № 2. - С.26-28.
- 105.** Гудвин Д.У. Является ли алкоголизм наследственным? :Пер. с англ. - Нью-Йорк. - 1988.
- 106.** Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. - Л.: Медицина, 1988.- 224 с.
- 107.** Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими веществами //Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 1993. - №1.- С.73-75.
- 108.** Гульдан В.В., Корсун А.М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам // Вопросы наркологии. - 1990. - № 2. - С. 40-44.
- 109.** Гульдан В.В., Романова О.Л., Дрынков А.В. Психологическое исследование влияния запугивания на установку подростков по отношению к наркотикам // Вопросы наркологии. - 1990. - № 4. - С. 45-51.
- 110.** Гульдан В.В., Романова О.Л., Корсун А.М., Шведова М.В. Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании // Сб. науч. тр. Ленингр. психоневрол. НИИ. - Л., 1989. - Вып.123.- С. 68-74.
- 111.** Гульдан В.В., Шведова М.В. Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков //Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. Тр. Лен. психоневрол. НИИ им.В.М. Бехтерева. - 1991. - Т.128. - С.64- 71.
- 112.** Гулямов М.Г., Захаров В.В. О некоторых разновидностях токсикомании // Здравоохранение Таджикистана. - 1988. - № 6. - С.17-21.
- 113.** Гулямов М.Г., Сочивко Н.С. Роль анонимного социологического обследования в профилактике наркоманий и токсикоманий // Здравоохранение Таджикистана. - 1988.- № 6. - С.13-16.
- 114.** Гунько А.А., Киткина Т.А. Наркомании и токсикомании у детей больных алкоголизмом родителей // Вопросы медико-

социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: Материалы респ. совещания психиатров-наркологов.- М., 1993. - С.53-56.

- 115.** Гуревич Ю.М. Особенности потребностной сферы подростков и юношей, страдающих наркоманиями и токсикоманиями //Проблемы наркологии - 90: Сборник научных трудов (Республиканский).- М.,1990. - С.42- 45.
- 116.** Гуртовенко В.М., Кошкина Е.А., Константинова Н.Я. Распространенность употребления амфетаминов среди учащихся г. Москвы // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000. - С. 237.
- 117.** Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм.- М.: Медицина, 1980.- 272 с.
- 118.** Давыдова А.А., Богоявленский Г.В., Волкова Н.Ф., Мебель Б.Д., Нижников А.М., Чайка Н.А. Наркомания и возможный риск ВИЧ-инфицирования у молодых людей. // Вопросы наркологии. - 1997. - № 3.- С. 52-53.
- 119.** Данилин А., Данилина И. Марихуана.- “Врачи предупреждают”- М.: ЗАО Изд. Центрополиграф, 2000.- 154 с.
- 120.** Данилин А., Данилина И. Героин.- “Врачи предупреждают”- М.: ЗАО Изд. Центрополиграф, 2000.- 184 с.
- 121.** Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков.- “Врачи предупреждают”- М.: ЗАО Изд. Центрополиграф, 2000.- 348 с.
- 122.** Демарина Н.П., Ледванова Т.Ю., Наумова Е.Л. Проблемно-ориентированная психотерапия при лечении больных опийной наркоманией // Тринадцатый съезд психиатров России : Материалы съезда. - М., 2000. - С. 238.
- 123.** Демин А.К., Демина И.А. Здоровье населения и алкогольная эпидемия в России: лекарство от жизни? // Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000: Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья, состоявшегося в 1996-1998 годах и Всероссийской конференции “Алкоголь и здоровье”, Москва, 17 декабря 1996 г. - М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. - С.16- 47
- 124.** Демин А.К., Демина И.А. Злоупотребление алкоголем в Российской федерации: масштабы и последствия для здоровья населения // Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации: Информационные

материалы и рекомендации для врачей.- Москва, 2000. - С. 6- 52.

- 125.** Демина Е.Н., Дроздова Т.Н., Волков А.В. Опыт проведения группового тренинга как формы профилактики наркопотребления среди подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) - Кострома, 2002.- С. 55-56.
- 126.** Демур Ж. (Demoor Jean). Ненормальные дети. Воспитание их в школе и дома / Под ред. Г.И.Россолимо. - М., 1909.- 371 с.
- 127.** Дербенев Д.П. Состояние психического здоровья городских подростков с неадекватным и делинквентным поведением // Журнал неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова. - 1997. - Т. 97. - № 8. - С. 48-52.
- 128.** Дербина Е.А. Некоторые поведенческие аспекты потребления спиртных напитков и психоактивных веществ у подростков //Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф.- Омск, 2000. - С. 28-29.
- 129.** Дереча В.А. Основы первичной позитивной наркопрофилактики: Информационно-методическое письмо.- Оренбург, 2000.- 18 с.
- 130.** Дереча В.А., Карпец В.В. Основы первичной позитивной профилактики: Пособие для врачей, педагогов, психологов, родителей, работников правоохранительных органов, журналистов.- Оренбург, 2000.- 42 с.
- 131.** Диагностика и медицинская профилактика алкоголизма у лиц допризывного и призывного возраста: Методические рекомендации./ Составители: А.Ю.Магалиф, Л.Н.Виноградова, В.П.Данилин, Н.Г.Клепиков, Е.Н.Крылов. Редактор - А.Г.Гофман.- М., 1989.- 17 с.
- 132.** Для чего люди одурманиваются?: Сборник / Сост.: Л.А.Богданович, Г.Т.Богданов.- М., Моск. Рабочий, 1988.- 228 с.
- 133.** Дмитриев В.К. Критические исследования о потреблении алкоголя в России / С предисловием Петра Струве. - М., Издание Рябушинского, 1911.- 283 с.
- 134.** Дмитриева Е.Д. Раннее употребление алкоголя как форма девиантного поведения у воспитанников детского дома //Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии: Сб. науч. тр.ВНИИ им.В.П. Сербского.- М., 1990. - С. 25-29.
- 135.** Дмитриева Е.Д. Алкоголизация как специфический вариант девиантного поведения подростков //Проблемы

медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докладов республиканского совещания врачей психиатров-наркологов, Москва, 19 июня 1992 г. - М., 1992. - С. 58-60.

- 136.** Дмитриева Т.Б., Вострокнутов Н.В., Дудко Т.Н., Гериш А.А., Басов А.М. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде // Российский психиатрический журнал. - 2000. - №2. - С. 4-11.
- 137.** Дмитриева Т.Н.. Об особенностях наркологической патологии при различных патохарактерологических нарушениях у подростков// Проблемы наркологии -90: Сб. науч. трудов (Республиканский). - М., 1990. - С.49-53.
- 138.** Дмитриева Т.Н.. Формирование алкогольной зависимости у подростков с личностью аффективно-возбудимого типа // Журнал неврологии и психиат. им.С.С.Корсакова, - 1998. - Т.98. - №3.- С.11-14.
- 139.** Дмитриева Т.Н., Сучков В.А. Об алкоголизации подростков с патологическим формированием личности неустойчивого типа // Социальная и клиническая психиатрия. - 1993. - № 1. - С. 49-53.
- 140.** Доклады Владимирской губернской земской управы очередному губернскому земскому собранию 1911 года. Доклад 37: По вопросу о борьбе с пьянством. - Владимир, 1911. - С. 189-203.
- 141.** Дудин И.И., Радомская Н.В. Место перmissивности в механизме формирования алкогольной и наркотической зависимости // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда.- М., 2000. - С. 239.
- 142.** Дурандина А.И. Актуальные вопросы диагностики и профилактики наркоманий //Актуальные вопросы наркологии: Сб. науч. тр. кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та. - Фрунзе, 1987.Вып. 9 - С. 2-30.
- 143.** Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Факторы, влияющие на формирование гашишной наркомании в пубертатном и подростково-юношеском возрасте. // Вопросы наркологии. - 1992.- № 3.- С. 32-33.
- 144.** Дурандина А.И., Токсомбаев Т.Н. Профилактическая и лечебная помощь больным гашишной наркоманией //Актуальные проблемы наркоманий: Сб. науч. тр. кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та. - Фрунзе, 1988. - Т.169. - Вып.10. - С. 3-14.
- 145.** Дьяченко В.В. Условно-рефлекторное лечение подростков, страдающих токсикоманией вследствие

злоупотребления средствами бытовой химии // Медико-биологические аспекты повреждения и компенсации. Проблемы алкоголизма и здорового образа жизни: Тез. докл. третьей респ. конф. молодых ученых и специалистов БССР.- Гродно, 1989.- С.9

- 146.** Егинян М.Г. Психологические компоненты в генезе и течении токсикомании у подростков с резидуально-органической патологией //Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии: Сб. науч. тр.ВНИИ им.В.П. Сербского.- М., 1990. - С.34-37.
- 147.**Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте (По материалам амбулаторного приема в наркологическом центре Санкт-Петербурга) // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.,РОСИНЭКС, 2001. - С. 57.
- 148.**Егоров А.Ю. Особенности формирования алкоголизма у девушек-подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) – Кострома, 2002.- С. 53-54.
- 149.**Егоров А.Ю., Дашковский Г.А. Особенности личности подростков с героиновой зависимостью. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) – Кострома, 2002.- С. 60.
- 150.**Егоров В.Ф.,Врублевский А.Г., Воронин К.Э. Опыт профилактики алкоголизма наркоманий и токсикоманий в Швеции // Вопросы наркологии. - 1989. - № 1.- С. 48-51.
- 151.** Жариков Н.М., Логинова М.С., Чубаровский В.В. Особенности ранних форм алкоголизма у подростков - учащихся ПТУ и средних специальных учебных заведений // Актуальные вопросы наркологии. - Кишинев, 1986.
- 152.**Жиленко Л.А., Запорожченко В.Г. К вопросу о целях и эффективности первичной профилактики алкоголизации у подростков // Материалы междунар. науч.-практ. конф., посв. 35-летию Гродненского мед. ин-та.- Гродно, 1993. - С.318-319.
- 153.** Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. - Новосибирск, Наука. - 1988.- 198 с.
- 154.** Заиграев Г.Г. Общество и алкоголь- М.,НИИ МВД РФ, 1992.. - 200 с.

- 155.** Запорожченко В.Г. Сравнительная характеристика употребления наркотиков 16-летними подростками-школьниками и учащимися ПТУ // Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тезисы. докл. республиканского совещания врачей психиатров-наркологов, Москва, 19 июня 1992 г.- М., 1992. - С. 61- 67
- 156.** Захаров В.В. О малоизвестных разновидностях токсикомании летучими растворителями // Актуальные вопросы психиатрии.: Тезисы докл. пятой научной конференции психиатров Таджикистана. - Душанбе, 1983. - С. 110-111.
- 157.** Зенченко Е.И. Интегративная личностно-ориентированная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в стационаре // Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение): Сборник научных трудов. - М., 1983.- С.111-118.
- 158.** Зефирова С.Ю. Сочетанное применение гипнотерапии и апоморфина в лечении подростков, злоупотребляющих токсическими ингалянтами// Обзор психиатрии и медицинской психологии. - 1994. - №1.- С.126-128.
- 159.** Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М.. Практикум по креативной терапии.- СПб.: «Речь» - «ТЦСфера», 2001.- 400 с.
- 160.** Зыков О.В. Состояние и перспективы развития детско-подростковой наркологической службы // Вопросы наркологии. - 1997. - № 1. - С. 27-33.
- 161.** Злоупотребление кетамин у несовершеннолетних (клинико-терапевтический аспект): Пособие для врачей психиатров-наркологов. / Надеждин А.В., Хайрtdинова Ю.В., Авдеев С.Н., Маршанова Г.П., Кочкин Д.В., Трифонов В.П..- М., 1998.- 12 с.
- 162.** Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика): Монография / Т.Б.Дмитриева, А.Л.Игонин, Т.В.Клименко, Л.Е.Пищикова, Н.Е.Кулагона.- М., ГНЦ С и СП им. В.П.Сербского, 2000. - 300 с.
- 163.** Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний // Лекции по клинической наркологии./ Под ред. Н.Н.Иванца.- М.:Российский благотворительный фонд "Нет алкоголизму и наркомании", 1995.- С.68-79 .

- 164.**Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) - М., Изд. Медпрактика, 2000.- 122 с.
- 165.**Иванов А.В. Профилактика химической зависимости у подростков // Практическая психология в школе (цели и средства).: Сб. Тезисов V ежегодной Всерос. конф. - 2000. - С.110-111.
- 166.**Иванов В.В. Характеристика контингентов потребителей наркотиков и токсикоманических веществ в Белоруссии // Здравоохранение Белоруссии. - 1989. - №7. - С.37-39.
- 167.**Иванова Е.Б. Употребление алкоголя и других психоактивных веществ студентами медицинского института //Обзор психиатрии и медицинской психологии.- 1993.-№ 4.- С. 137-139.
- 168.** Иванова Т.В. Прогностическое значение личностных особенностей для профилактики рецидивов гашишизма у подростков //Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. научных трудов. - Л., Изд. Лен. психоневрол. НИИ им.В.М. Бехтерева, 1991. - Т.128. - С.87-92.
- 169.** Иванова Т.В. Клинико-психологическое исследование подростков, употребляющих гашиш // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. трудов. - Л.: Изд. Лен. психоневрол.НИИ им.В.М. Бехтерева, 1991.- С.82-87 .
- 170.**Иванова Т.В. Психологические методы прогноза при гашишизме у подростков // Обзор психиатрии и мед. психологии. - 1991. - №2. - С. 101-102 .
- 171.**Игонин А.Л. Результаты сравнительного изучения преморбидного периода больных алкоголизмом подросткового и зрелого возраста // Вопросы наркологии. - 1989. - № 1. - С.18-22.
- 172.**Игонин А.Л. Применение медикаментозных средств при лечении подростков, страдающих алкоголизмом // Первый Российский национальный конгресс "Человек и лекарство" : Тез. - М., 1992. - С.428.
- 173.**Игонин А.Л. Особенности диагностики и лечения алкоголизма в подростковом возрасте. // Вопросы наркологии. - 1992. - №3-4. - С. 25-31.
- 174.** Игонин А.Л., Караев Р.Н. Психотерапия в наркологических стационарах для подростков// Медико-биологические проблемы алкоголизма: Материалы Всесоюзной науч. конференции. - М., 1988, - С. 148-152..
- 175.** Игонин А.Л., Иконникова Е.Ю. Стационарная психотерапия алкоголизма у подростков // Вопросы наркологии. - 1993. - №1. - С.26-31.

- 176.** Исхакова А.И. К характеристике школьного алкоголизма в Казани // Труды института социальной гигиены. - Казань, 1929. - Т.1.- С.191- 196.
- 177.** Калачева И.О. Изменения психики и поведения при токсикомании у подростков // Охрана психического здоровья детей: Материалы IV конгресса педиатров России. - М., 1998. - С.159-160.
- 178.** Калачева И.О. Мазур А.Г. Клиника и вопросы реабилитации детей с токсикоманией // Дети России: насилие и защита: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф., Москва, 1-3 октября 1997 г.- М., 1997. - С. 175-177.
- 179.** Калиниченко О.А., Лактионов А.Н. О деформации ценностных ориентаций подростка-наркомана // Вестник Харьковского ун-та. - Харьков, 1990. - Вып.344. - С.14-18.
- 180.** Каратаева Н.Б., Паронян И.Д., Литвинова Е.Н., Широкова Т.И. Формирование отношения учащихся профессионально-технических училищ к употреблению алкогольных напитков // Гигиена и санитария. - 1990. - № 8. - С. 76-79.
- 181.** Керими Н.Б., Непесова А.А., Мухамедов В.А. Оценка социальных установок на наркотизацию школьников Г.Ашгабада, Туркменистан // Вопросы наркологии. - 1993. - № 4. - С.59-64.
- 182.** Кирилова О.Г. Особенности кризиса подросткового возраста у подростков, употребляющих токсические вещества // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии: Тез. докл. моск. обл. научно-практ. конф. врачей психиатров и наркологов. - М., 1989. - С.310-311.
- 183.** Клиника, диагностика и лечение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте: Метод. рекомендации/ Составители: И.Д.Муратова, Л.М.Котлова, П.И.Сидоров/ Редактор И.Н.Пятницкая.- Архангельск, 1979.- 27 с.
- 184.** Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А.Гурьевой (Коллектив авторов: Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В., Морозова Н.Б.) - М.: Изд-во ЦСПА «Генезис» - 2001 - 480 с.
- 185.** Ключев Н.В.,Свистун Н.А. Программы социально-психологического тренинга.- Ярославль: Содействие, 1992. - 62 с.
- 186.** Князев Ю.Н. Анализ медико-социального обследования учащихся школ, ПТУ и техникумов г.Бобруйска // Вопросы наркологии. - 1988. - №4. - С.35-36.

- 187.** Князева Н.В., Медведев Н.П. Роль и особенности групповой терапии в реабилитации больных опиатной наркоманией // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Юбилейная научно-практ. конф., посв. 140-летию кафедры душевных и нервных болезней ВМА. - СПб., 2000.- С.87-88.
- 188.** Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное.- М.: Медицина, 1995.- 560 с.
- 189.** Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1999. - № 10. - С. 14-19.
- 190.** Козлов А.А., Рохлина М. Л. Наркоманическая личность // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2000. - № 7. - С.23- 27.
- 191.** Койкова И.А., Колесников В.В., Кошкина Е.А. Распространенность потребления наркотических веществ среди подростков в Краснодарском крае // Вопросы наркологии. - 2000. - № 3. - С.61-64.
- 192.** Колесников В.В., Койкова И.А. Распространенность наркоманий и токсикоманий среди подростков // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии. - Москва-Томск-Краснодар, 1992. - С. 61-62.
- 193.** Колущинская Е.П., Гец Т.В., Нижегородов С.А. Концептуальная программа профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди молодежи // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Материалы научно-практ. конф. - Омск, 2000. - С. 66-68.
- 194.** Кон И.С. Психология ранней юности. - М.: Просвещение, 1989.- 255 с.
- 195.** Кондрашенко В.Т. Медико-биологические аспекты диагностики и лечения алкоголизма у подростков // Медико-биологические проблемы алкоголизма: М-лы Всесоюзной научной конференции. - М., 1988. - С.156-159.
- 196.** Коновалов И.Н., Прохорова М.Л., Ромашенко Л.С. Наркомания и ее профилактика // Опыт исследования проблемы в школах, средних специальных учебных заведениях, вузах Саратова и области: Социологический очерк./ Под ред. И.Н.Коновалова.- Саратов: СГАП, 2001.- 60 с.
- 197.** Коновалов С.Г., Кошкина Е.А., Вышинский К.В. Особенности употребления психоактивных веществ

учащимися г. Москвы // Тринадцатый съезд психиатров России: Материалы съезда.- М., 2000. - С.247.

- 198.** Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Разработчики Т.Н.Дудко, Ю.В.Дудко, Н.В.Вострокнутов, А.А.Гериш, Л.А.Котельникова. Под общим руководством Г.Н.Тростанецкой. - М.:Изд. Нарконет, 2000. - 68 с.
- 199.** Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде // Приложение к приказу Минобразования России № 619 от 28.02.2000 /Разработчики Т.Н.Дудко, Н.В.Вострокнутов, А.А.Гериш, А.М.Басов, Л.А.Котельникова. - М., 2000.
- 200.** Копинг-поведение подростков с наркотической зависимостью, находящихся в воспитательно-трудовых колониях: Пособие для врачей /Авторы-составители Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский.- СПб: психоневрологический НИИ им. В.М.Бехтерева, 1998.- 48 с.
- 201.** Копыт Н.Я., Сидоров П.И. Профилактика алкоголизма.- М.: Медицина, 1986.- 240 с.
- 202.** Коровин А. Опыты и наблюдения над алкоголем.- М.-Л., 1929.- 124 с.
- 203.** Корнюш Л. Первоначальный опыт работы по использованию музыкотерапии с наркозависимыми подростками в центре комплексной наркологической помощи. // Психотерапия в России: школы, научные исследования и практические достижения: Материалы Всероссийской научно-практ. конф. по психотерапии и клинической психологии. - М., 2000. - С.110-112.
- 204.** Короленко Ц.П., Звьялов В.Ю. Личность и алкоголь.- Новосибирск: Наука, 1988.- 168 с.
- 205.** Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиат. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. - 1991 - № 1 -С.8-15.
- 206.** Короленко Ц.П. Работаголизм - респектабельная форма аддиктивного поведения // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 1993. - №1. - С.17-29.
- 207.** Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе.- Новосибирск: Наука, 1990.- 224 с.
- 208.** Корчак Я. Как любить детей. - Минск:МГПИ, 1989.- 190 с.
- 209.** Корсун А.М., Шведова М.В. Мотивационное значение представлений подростков о наркомании // Медико-

биологические аспекты повреждения и компенсации. Проблемы алкоголизма и здорового образа жизни: Тезисы докл. Третья респ. конф. молодых ученых и специалистов БССР.- Гродно, 1989.- С.12..

- 210.** Коткина Е.В. Возможности использования групповой психокоррекции для вторичной профилактики наркомании у старших подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практ. конф.) – Кострома, 2002.- С. 37-38.
- 211.** Кошелева Т.С. Ранний наркотизм подростков и риск делинквентности. Современные тенденции // Социальная дезадаптация: нарушение поведения у детей и подростков: Материалы Российской научно-практ. конф. - М., 1996. - С.64-66.
- 212.** Кошкина Е.А., Кузнец М.Е., Петракова Т.И. Региональные особенности распространенности потребления алкоголя, наркотических и других одурманивающих веществ среди учащихся СПТУ // Вопросы наркологии. - 1990. - № 3. - С. 30-34.
- 213.** Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии //Лекции по клинической наркологии./ Под ред. Н.Н.Иванца.- М.:Российский благотворительный фонд “Нет алкоголизму и наркомании”, 1995.- С.40 - 52.
- 214.** Кошкина Е.А., Вышинский К.В. Наркомания: Москва на фоне Европы// СИМПТОМ (Бюллетень правительства Москвы). - 2000. - № 13. -32 с.
- 215.** Кошкина Е.А., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамота А.З. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи. //Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000: Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья, состоявшегося в 1996-1998 годах и Всероссийской конференции “Алкоголь и здоровье”, Москва, 17 декабря 1996г. - М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. - С.233-248.
- 216.** Кошкина Е.А., Корчагина Г.А. Показатели потребления психоактивных веществ подростками в г. Санкт-Петербурге в 1989-1994 гг. // Вопросы наркологии. - 1996. - № 2. - С.61-64.
- 217.** Кошкина Е.А., Кузнец М.Е., Петракова Т.И., Цетлин М.Г. Оценка эффективности профилактических мероприятий и организация работы с группами повышенного риска среди

- подростков // Вопросы наркологии. - 1992.. - № 2-3. - С.148-153.
- 218.** Кошкина Е.А., Кузнец М.Е., Русских Н.Н., Столпник Л.П. О профилактике наркоманий и токсикоманий у учащихся СПТУ // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов в г.Калининграде, 23-25 апреля 1990 г.- М., 1990. - С. 143-145.
- 219.** Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. Распространенность употребления психоактивных веществ учащимися средних учебных заведений г. Москвы.// Вопросы наркологии. - 1994. - № 32. - С.79-83.
- 220.** Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Гренчаная Т.Б., Чиापелла А.П. Сравнительный анализ употребления психоактивных веществ среди учащихся в России и Соединенных Штатах Америки // Вопросы наркологии. - 1995. - № 3. - С. 82- 86.
- 221.** Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я., Русских Н.Н., Столпник Л.П. Мониторинг наркологической ситуации в подростковой среде // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: Сб. науч. работ, посвященный 70- летию со дня рождения и 45-летию врачебной научной и общественной деятельности д.м.н., проф. Г.М.Энтина. - М.-Орел, 1994. - С.80- 83.
- 222.** Кравченко В.Ф., Голубенко И.А. Социально-психологические аспекты аддиктивного поведения несовершеннолетних // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.: РОСИНЭКС, 2001. - С.58-59.
- 223.** Красик Е.Д. Материалы к организации профилактики алкоголизма // Труды III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. - М.,1974. - С.218-221.
- 224.** Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л. Факторы риска развития наркоманий и токсикоманий у девиантных девочек-подростков // Актуальные вопросы утверждения здорового образа жизни, преодоления пьянства и алкоголизма: Тез. докл. респ. научно-практ. конф.- Уфа, 1989. - С. 56-58.
- 225.** Красильникова М.Н., Юлдашев В.Л., Николаев Ю.М. Роль социальных и биологических факторов в формировании аддиктивного и девиантного поведения девочек-подростков // Здравоохранение Башкортостана. - 1998. - №5-6. - С.85-88.
- 226.** Кржечковский А.Ю. Самосознание подростков, склонных к употреблению одурманивающих средств // Актуальные

вопросы наркологии: Тез. докл. респ. совещания врачей психиатров-наркологов в г.Калининграде, 23-25 апреля 1990 г.- М., 1990. - С. 146-147.

- 227.**Кривенков А.Н., Фарнасова И.В., Новикова Л.П. Диагностика алкоголизма и преклинических состояний в подростковом возрасте// Медико-биологические проблемы алкоголизма: Матерьялы всесоюзной научной конференции. - М., 1988. - С.159-165.
- 228.** Кривенков А.Н., Ковалев А.А. Клиника и терапия патологического влечения к алкоголю у подростков // Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докл. республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г.Москве, 19 июня 1992 г. - М., 1992.. - С.78-80.
- 229.**Кривулин Е.Н. Хотяновская Н.Б., Кондратов А.С., Чижов А.В. Особенности формирования зависимости от психоактивных веществ в детско-подростковом возрасте // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.: РОСИНЭКС, 2001. - С.60-61.
- 230.**Кулагина Н.Е., Кривенков А.Н., Хлопик О.В. Особенности клиники и купирования опиатного абстинентного синдрома у несовершеннолетних // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М., 2000. - С. 250.
- 231.** Кулаков С.А. Проблемы и перспективы групповой психотерапии подростков с патологическими нарушениями поведения // Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сб. науч. трудов. - Л.,1988. - Т.121. - С.74- 78.
- 232.**Кулаков С.А. Система факторов, влияющих на формирование мотивационной сферы подростков, злоупотребляющих алкоголем // Медико-биологические проблемы алкоголизма. - М., 1988. - С. 247-249.
- 233.**Кулаков С.А. Особенности формирования аддиктивного поведения у подростков и психокоррекционная работа с ними: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Л.,1989.
- 234.** Кулаков С.А. Психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков // Региональные аспекты современной аддиктологии.- Томск, 1994. - С. 66-67.
- 235.**Кулаков С.А. Когнитивно-поведенческий подход в ранней диагностике и профилактике аддиктивного поведения у подростков // Социальная дезадаптация: нарушение поведения у детей и подростков: Материалы российской научно-практ. конф. - М., 1996. - С. 67-69.

- 236.** Кулаков С.А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков // Тематическое приложение №1 к «Журналу практ. психолога».- М.-СПб.: Фолиум, 1996.- 48 с.
- 237.** Кулаков С.А. Тренинг родительской компетентности как метод психотерапии родителей подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Практическая психология в школе (цели и средства).: Сб. тез. V ежегодной Всероссийской конф. - М., 2000. - С.111-113.
- 238.** Курек Н.С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболевания наркоманией у подростков и коррекция их эмоциональных нарушений // Вопросы наркологии. - 1993. - № 1. - С. 66-71.
- 239.** Курек Н.С. Взаимосвязь жестокого обращения родителей с детьми, эмоциональной экспрессии в общении между ними и употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте // Дети России: насилие и защита.: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 1-3 октября 1997 г. - М., 1997. - С. 50-52..
- 240.** Курек Н.С. Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ. // Вопросы наркологии. - 1996. - № 2 - С. 54-59.
- 241.** Куфтяк Е.В., Тихонова И.В. Проблемы первичной профилактики наркозависимости среди детей и подростков // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.:РОСИНЭКС, 2001. - С.60.
- 242.** Куфтяк Е.В., Тихонова И.В. Тренинговая модель профилактики употребления ПАВ. Из опыта работы. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практ. конф.) - Кострома, 2002.- С. 46-47.
- 243.** Лавкай И.Ю., Александров А.А. Характерологические особенности подростков-токсикоманов: транскультуральное исследование // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 1992. - №1 - С. 66-68.
- 244.** Лакосина Н.Д., Милушева Г.А. О девиантном поведении подростков на ранних этапах злоупотребления токсическими веществами и алкоголем // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1992. - № 3. - С. 98-101.
- 245.** Ларин Ю. Основные вопросы борьбы с алкоголизмом в СССР // Борьба с алкоголизмом в СССР: Первый пленум

- Всесоюзного совета противоалкогольных обществ в СССР. - М.-Л.: Гос. мед. из-во, 1929. - С. 10-32.
- 246.** Ларина О.В., Мошкунова М.В. Преодоление наркотизации детей и юношества // Социальное здоровье детей и юношества как национальная идея современной России: Материалы Всероссийской конференции. - М., 2001. - С.35-38.
- 247.** Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1997. - 208 с.
- 248.** Ласточкин В.А., Якушев А.Н. Педагогические основы формирования трезвого образа жизни старшеклассников // Предупреждение вредных привычек у школьников. - М.: Мзд-во АПН СССР, 1990.- С.12-13.
- 249.** Левенстим А. Профессиональное нищенство: его причины и формы. Бытовые очерки. - СПб, 1900.- 160 с.
- 250.** Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков // Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000: Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья, состоявшегося в 1996-1998 годах и Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье", Москва, 17 декабря 1996 г. - М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. - С.108-123.
- 251.** Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы: Книга для учителя.- М.: Просвещение, 1991.- 160 с.
- 252.** Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца.- М.:Российский благотворительный фонд "Нет алкоголизму и наркомании", 1995.- 216 с.
- 253.** Лисковский О.В., Яцынович В.А., Штин А.В. Анализ знаний молодежи по проблеме наркомании (социологическое исследование) // Проблемы психиатрии в Республике Беларусь: Материалы конф. - Минск, 1995. - С. 125-128.
- 254.** Лисняк М.А. Синдром зависимости от никотина как аддиктивное поведение, его клиника, профилактика и психогигиена.- Автореф. ... дисс. к.м.н.- Новосибирск, 1997.- 20 с.
- 255.** Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1977. - 208 с.
- 256.** Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. трудов. - Л.: Изд. Лен. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. Бехтерева, 1991. - Т.128. - С.9- 14.

- 257.** Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство.- Л.: Медицина, 1991.- 304 с.
- 258.** Личко А., Чебураков Л. Об особенностях акцентуации характера у подростков, злоупотребляющих наркотическими и токсическими веществами // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тезисы докл. III съезда невропатологов, нейрохирургов и психиатров Эстонской ССР.- Таллин, 1989. - Т. 2.. - С.118-119.
- 259.** Личко А.Е., Сушко В.В., Иванов Н.Я. Исследование информированности молодежи о наркотиках как предпосылки для профилактики наркоманий. // Сб. науч. трудов Ленингр. психоневрол. НИИ. им В.М.Бехтерева. - Л.,1989. - Т.123. - С.60-62 .
- 260.** А.Б.Лобжанидзе. Потребление психоактивных веществ подростками-школьниками г.Нальчика и программа его профилактики // Вопросы наркологии. - 2001. - №3 - С.55-60.
- 261.** Макаров В.В. Роль преморбидных личностных нарушений в формировании алкоголизма в подростковом, юношеском и молодом возрасте // Медико-биологические проблемы алкоголизма: Материалы Всесоюзной научной конференции. - М, 1988. - С. 168-170.
- 262.** Макаров В.В. Медико-социальные аспекты профилактики наркологических расстройств// Проблемы наркологии - 90: Республиканский сборник научных трудов.- М.,1990. - С.101- 105.
- 263.** Макаров В.В. Современные тенденции вовлеченности подростков в употреблении спиртных напитков //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева.. - 1991. - № 1. - С.97-98.
- 264.** Макаров В.В., Первичная профилактика наркологических заболеваний у подростков // Вопросы наркологии. - 1991. - № 3. - С. 22- 25.
- 265.** Макаров В.В. Литвинов И.А., Кухтинова Н.В., Тюленева О.А. Употребление алкоголя старшеклассниками, учащимися техникумов и некоторые аспекты первичной профилактики алкоголизма // Медицинские и социально-психологические аспекты алкоголизма: Науч. труды Новосибирского мед. ин-та. - Новосибирск, 1988. - Т.132. - С. 36-40.
- 266.** Макеева А.Г. Волонтерские проекты как форма организации педагогической профилактики наркотизма // Современные психосоциальные технологии: проблемы

- освоения и использования: Тез. международной научно-практич. конф.. - М.: Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С. 17-18.
- 267.** Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению// Психологический журнал. - 1996. - Т.17. - № 3. - С. 149-152..
- 268.** Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних : Учебное пособие. - Ростов н/Д: Феникс, 2000. - 384 с.
- 269.** Макшанцева И.В., Лукачер Г.Я., Чудновский В.А. Социальная характеристика подростков, злоупотребляющих наркотическими и токсикоманическими средствами // Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий: Сб. науч. трудов. - М., 1989. - С.133- 139.
- 270.** Малахова О.А. Опыт работы с детьми и подростками с аддиктивным поведением в условиях центра психического здоровья // Школьная дезадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков: Материалы Всероссийской научно-практ. конф. - М., 1995. - С.95-96.
- 271.** Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности.- Рига: ПЦ «Эксперимент», 1996.- 190 с.Матвеев В.Ф. Начальные проявления алкоголизма у подростков// Первый съезд психиатров социалистических стран.- М., 1987. - С. 463- 466.
- 272.** Матвеев В.Ф. Начальные проявления алкоголизма у подростков. //Первый съезд психиатров социалистических стран.- М., 1987, С. 463- 466
- 273.** Матвеев В.Ф., Данилин А.Г., Дмитриева Е.Д. Социально-психологические особенности подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем // Вопросы наркологии. - 1990. - № 3 - С.34-37.
- 274.** Матвеев В.Ф., Тараскин В.Ф., Дмитриева Е.Д. Факторы риска алкоголизма у подростков// Проблемы наркологии - 90: Республиканский сборник научных трудов. - М.,1990. - С.105-109.
- 275.** Матосян А.А. Вставай страна ... - Международная ассоциация по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, 1999. - 40 с.
- 276.** Маюров А.Н. Антиалкогольное воспитание: Пособие для учителя.- М.:Просвещение, 1987. - 189 с.
- 277.** Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство.- М.: МЕДпресс, 1999.- 592 с.

- 278.** Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д., Галинский Л.И. Проблемы дифференцированного подхода к реабилитации наркозависимых // Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования. Тез. международной научно-практ. конференции. - М.: Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С.20-21.
- 279.** Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина.- М.: МЕДпресс-информ., 2002.- 608 с.
- 280.** Милушева Г.А., Найденова Н.Г. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем // Вопросы наркологии. - 1992 - №3-4. - С.138-143.
- 281.** Митюхляев А.В. Клинико-социальные особенности алкоголизма у подростков женского пола: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М.,1990.- 24 с.
- 282.** Многовекторный клинический анализ токсикоманий, наркоманий и наркотизма у подростков: Методические рекомендации для врачей-интернов, психиатров, наркологов /Составители И.В.Боев, О.А.Ахвердова - Ставрополь: Изд-во СГМИ, 1992.- 16с.
- 283.** Морозова М.В. О характеристиках феномена внушаемости у несовершеннолетних //Пограничные расстройства в судебно-психиатрической практике: Сб. науч. трудов. - М., 1991. - С. 43-47.
- 284.** Москаленко В.Д., Гунько А.А. Взрослые сыновья и дочери больных алкоголизмом: спектр психопатологии // Вопросы наркологии. - 1993. - № 1. - С. 80-89.
- 285.** Москвичев В.Г. Клинические особенности алкоголизации лиц молодого возраста, ингаляционно употребляющих средства бытовой и промышленной химии // Алкоголизм: Республиканский сб. науч. трудов Второго МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова.- М., 1988. - С.29-32.
- 286.** Москвичев В.Г. О факторах риска приобщения детей и подростков к токсикоманическим средствам, употребляемым ингаляционно // Актуальные вопросы наркологии: Тез. докл. республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г.Калининграде, 23-25 апреля 1990 г.- М., 1990. - С. 154-156.
- 287.** Москвичев В.Г., Чернобровкина Т.В. Возможные факторы, определяющие вид наркотизации у

подростков //Проблемы современной наркологии: Республиканский сборник науч. трудов.- М.: 2-ой МОЛГМИ, 1991. - С.75-86.

- 288.** Муст Р., Граф Л., Мехилане Л. О распространенности курения, употребления алкоголя и одурманивающих веществ среди подростков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тез. докладов III съезда неврологов, нейрохирургов и психиатров Эстонской ССР.- Таллин, 1989. - Т. 2.- С.152 .
- 289.** Надеждин А.В. Наркотики и подростки // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф. - Омск, 2000 - С.68-71.
- 290.** Надеждин А.В. Типология «идеологизированного» потребления наркотических веществ у подростков (предварительное сообщение). // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2002. - Т. 4. - №3. - С. 90-91.
- 291.** Надеждин А.В., Авдеев С.Н. Наркотики и интернет: необходимость интенсивной профилактической работы // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.:РОСИНЭКС, 2001. - С.63-64.
- 292.** Надеждин А.В., Тетенкова Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. - С.33-38.
- 293.** Надеждин А.В., Стрельцова Ж.Н., Мызаков А.Ю. Проблемные ситуации при оказании социальной помощи химически зависимым лицам // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.:РОСИНЭКС, 2001. - С.62.
- 294.** Назарова Н.В., Янусов Р.К., Беленкова С.Н. Изучение возникновения ранней алкоголизации и наркоманизации у подростков в зависимости от типов личности // Клиническая психиатрия Узбекистана: Сб. науч. тр. / Ташкентский гос. мед. ин-т. - Ташкент. - 1989. - С. 50-52.
- 295.** Найденов В.О. Мотивы приема эфедрона у женщин молодого возраста //Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докладов республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г.Москве, 19 июня 1992 г. - М., 1992. - С. 83-84.
- 296.** Найденова Н.Г., Найденов О.Ф. Особенности формирования наркомании у подростков // Вопросы реабилитации в психиатрии и наркологии: Тез. докладов

- обл. научно-практ. конф. психиатров и наркологов.- Орехово-Зуево, 1988. - С. 92-93.
- 297.** Найденкова Н.Г., Москвичев В.Г. О последствиях вдыхания органических растворителей у подростков // Вопросы реабилитации в психиатрии и наркологии: Тез. докладов обл. научно-практ. конф. психиатров и наркологов.- Орехово-Зуево, 1988. - С. 100-104.
- 298.** Наймушина Л.П. О профилактике девиантного поведения в подростковом возрасте // Психологическая газета. - 1999. - №10. - С.11.
- 299.** Наркомания: программа профилактики среди подростков и молодежи./ Разработчики: Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, О.В.Зыков, А.В.Терентьева, И.Л.Баушева.- Москва, 1998.- 81 с.
- 300.** Наркомании у подростков/ В.С.Битенский, В.Г.Херсонский, С.В.Дворяк, В.А.Глушков.- Киев: Здоровье, 1989.- 216 с.
- 301.** Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - 1999. - №2. - С.57-61.
- 302.** Нелидов А.Л. Некоторые социально-психологические механизмы возникновения юношеского алкоголизма // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1978, т. 78, вып. 2, С. 256-260.
- 303.** Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. - Л., 1989.- 192 с.
- 304.** Никифоров И.А. Об организации подростковой наркологической службы // Вопросы реабилитации в психиатрии и наркологии: Тез. докладов обл. научно-практ. конф. психиатров и наркологов.- Орехово-Зуево, 1988. - С. 96-99.
- 305.** Носачев Г.Н., Тютина Г.М. Смерть при жизни. Легальные и нелегальные наркотики. - Самара. - 1999.- 112 с.
- 306.** О лекционной антинаркотической пропаганде: Информационно-методическое письмо. / В.В.Карпец, Г.И.Дереча, Т.П.Патутина, В.В.Постнов.- Оренбург, 2000.- 10 с.
- 307.** Овсяник О.А. Современные психотехнологии в профилактике наркомании. // Тезисы международной научно-практической конференции: Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и

- использования.. - М.: Консорциум "Социальное здоровье России", 2001. - С. 24.
- 308.** Орлова И.В. Роль "социальной зависимости" в становлении наркоманий и токсикоманий в подростково-юношеском возрасте // Проблемы наркологии 90: Республиканский сборник науч. трудов. - М., 1990. - С. 124-127.
- 309.** Оруджев Н.Я. Адаптация детей и подростков, злоупотребляющих алкоголем. // Социальная и клиническая психиатрия.- 2001.- №4.- С 26-30.
- 310.** Оруджев Н.Я., Жигунова О.А. Роль социальных факторов в развитии наркоманий и токсикоманий у детей и подростков //Современные проблемы наркологии.: Материалы научно-практ. конф., 21-22 октября 1999 г. - Астрахань, 1999. - С.115-119.
- 311.** Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних /Составители: Надеждин А.В., Тетенкова Е.Ю., Авдеев С.Н., Слоневская С.Ю., Стрельцова Ж.Н., Хохлов С.Е. - М.:НИИ наркологии РФ, 2000.- 15 с.
- 312.** Отчет о деятельности Костромского Попечительства о народной трезвости за 1901 год. - Кострома, 1902.- 105 с.
- 313.** Панкратьева Л. Оглянись, учитель //Трезвость и культура. - 1986. - №3. - С.28-30.
- 314.** Панченко Л.Ф., Надеждин А.В., Пирожков С.В., Усманова Н.Н., Баронец В.Ю., Алябьева Т.Н., Наумова Т.А. Клинико-биохимическое исследование антиоксидантной эффективности препарата эйковит у несовершеннолетних больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. - С.27-32.
- 315.** Паронян И.Д., Корчагина Г.А., Коновалова С.Г., Русских Н.Н. Курение, потребление алкоголя и наркотиков школьниками, их родителями и педагогами в ряде городов России // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда.. - М., 2000. - С.259.
- 316.** Паронян И.Д., Кошкина Е.А. Средства массовой информации и их роль в области антиалкогольной политики. - Здравоохранение Рос. Федерации. - 1996. - № 6. - С. 30-33.
- 317.** Певницкий А.А./ Цитировно по Иванову Н.В. Возникновение и развитие отечественной психотерапии : Дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1954.
- 318.** Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления

- психоактивными веществами среди детей и подростков. Сообщение 2. Мнения несовершеннолетних (15-17 лет) // Вопросы наркологии. - 1999. - № 3. - С.60- 68.
- 319.** Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков // Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. - С.54-60.
- 320.** Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Мирошниченко Л.Д. Основные проблемные ситуации, возникающие в поле взаимодействия участников профилактики наркотизма у несовершеннолетних //13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М.,2000. - С. 260.
- 321.** Пережогин Л.О., Емельянцева Ю.В., Крюковский С.В. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) – Кострома, 2002.- С. 52-53.
- 322.** Петракова Т.И. Предикторы риска аддиктивного поведения и профилактика наркологических заболеваний среди подростков // Вопросы наркологии. - 1995. - № 32.. - С.79-82.
- 323.** Петракова Т.И. Жесткость и аддиктивное поведение у подростков // Наркомании: ситуация, тенденция и проблемы. - М.: Изд., Институт социологии РАН, 1999. - С. 68-72.
- 324.** Петровский В.А.. Психология неадаптивной активности. - М., 1992.- 224 с.
- 325.** Петрушина И.И., Кирякина Е.С. Опыт внедрения первичной профилактики употребления психоактивных веществ у подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практ. конференции) – Кострома, 2002.- С. 59.
- 326.** Подростки и наркотики. Опыт исследования в школах Ульяновска: социологический очерк./ Под ред. Е.Л.Омельченко. - Ульяновск, 1999.- 118 с.
- 327.** Полубояринов А.А., Фрагин В.М. Методические вопросы антиалкогольной пропаганды в средних профессионально-технически училищах // Медико-биологические проблемы алкоголизма. - М., 1988. - С. 256-261.
- 328.** Покоев А.И. Деонтологические аспекты психотерапии у детей и подростков //Этика, деонтология в медицине на

современном этапе: Материалы докладов международной научно-практ. конф., г.Владивосток, 7-12 июля 1998 г.- Владивосток, 1998. - С.85-88.

- 329.** Полубояринов А.А., Фрагин В.М. Методические вопросы антиалкогольной пропаганды в средних профессионально-технических училищах // Медико-биологические проблемы алкоголизма.- М.- 1988. - С.257-262.
- 330.** Попов Ю.В. Ранняя алкоголизация и токсикоманическое поведение как проявление делинквентности у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии. - 1988. - № 3 8. - С. 86-87.
- 331.** Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. науч. трудов Лен. психоневрол. НИИ им.В.М.Бехтерева . - Л., 1991. - Т.128. - С.5- 9.
- 332.** Порхун Л.В. Технология и модели социально-психологической работы с несовершеннолетними по профилактике наркоманической зависимости // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса-М.:РОСИНЭКС. - 2001. - С.66-67.
- 333.** Приленский Ю.Ф., Иванюженко Н.Д. Профилактика формирования питейных традиций у дошкольников. // Четвертый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл., Т. 2.- М., 1980, С. 232-234
- 334.** Профилактика потребления токсических и наркотических веществ несовершеннолетними в учреждениях образования: Пособие для педагогов средних учебных заведений / Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н., Тетенова Е.Ю., Слоневская С.Ю., Стрельцов Ж.Н. - М., 1998.- 17 с.
- 335.** Профилактика употребления спиртных напитков учащимися средних профтехучилищ и общеобразовательных школ:Методические рекомендации/ Составители Г.М.Энтин, И.А.Никифоров, А.С.Овчинская, Г.И.Шурыгин. - М., 1987.- 21 с.
- 336.** Психология. Словарь./ Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского, 2-е изд., испр. и доп. - М.: Политиздат, 1990. - С. 23.
- 337.** Психотерапия детей и подростков: Перевод с немецкого / Под ред. Х.Ремшмидта.- М.: Мир, 2000.- 656 с.
- 338.** Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В.Березина,

- К.С.Лисецкого, И.Б.Орешниковой. - Самара: Изд. "Самарский университет", 1999.- 2000 с.
- 339.**Пятницкая И.Н. Изменение мотивов наркотизации у подростков. Проблемы профилактики // Актуальные вопросы наркологии: Тез. докл. респ. совещания врачей психиатров-наркологов в г.Калининграде 23-25 апреля 1990 г. - М., 1990. - С.166-167.
- 340.**Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994.- 554 с.
- 341.**Пятницкая И.Н. Место наркотизации в девиантном поведении подростков // Наркомании: ситуация, тенденция и проблемы.- М.: Изд. "Институт социологии РАН", 1999. - С.53-58.
- 342.** Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Курение.- М.:Медицина, 1988.-160 с.
- 343.** Резник В.А. Медико-психологические аспекты девиантного поведения у подростков, проживающих в регионе с суровым климатом // Психопатические расстройства у подростков: Республиканский сб. науч. трудов психоневрол. НИИ им. В.М.Бехтерева. - Л., 1989. - Т.116. - С. 55-58.
- 344.**Резников С.Г., Дробышев В.В. Исследование алкоголизма у учащихся сельских профессионально-технических училищ // Советское здравоохранение, 1989. - №2. - С.50-53.
- 345.**Резников С.Г., Дробышев В.В., Голева О.П., Краснощекий В.Е. Факторы, определяющие развитие алкоголизации у учащихся сельских профессионально-технических училищ // Здравоохранение Российской Федерации. - 1990. - № 7. - С.31-34.
- 346.** Рождественская А.Ж., Смирнова Т.Л. Об опыте работы психотерапевтической группы с наркозависимыми. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) – Кострома, 2002.- С. 48-49.
- 347.**Роледер Г. Основы сексуальной педагогики (для врачей, педагогов и родителей). Библиотека психотерапии №2.- Москва, 1912.- 83 с.
- 348.** Романова О.Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей // Вопросы наркологии. - 1993. - № 3. - С. 53-59.
- 349.** Романова О.Л., Швецова О.В. Программа профилактики приобщения к психоактивным веществам для

- дошкольников // Вопросы наркологии. - 1993.- № 3. - С.60-64.
- 350.** Петракова Т.И. Опыт построения обучающей программы первичной профилактики алкогольных и наркотических проблем среди подростков. // Вопросы наркологии. - 1993.- № 3. - С. 64-69.
- 351.** Романова О.Л. Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей // Вопросы наркологии. - 1997 - №2. - С.67-75.
- 352.** Романова О.Л., Петракова Т.И. Американская антинаркотическая программа взаимной помощи среди подростков // Вопросы наркологии. - 1992.- № 3-4. - С.143-148.
- 353.** Романова О.Л., Самойлова М.В. Позитивная антинаркотическая профилактика в начальной школе // Вопросы наркологии. - 1994. - №1. - С.78-82.
- 354.** Русинова О. Все или ничего о наркомании. Исповедь матери // Психологическая газета. - 1999. - №10. - С. 8-11.
- 355.** Рыбакова Л.Н. Трезвенники в молодежной среде // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии. - Москва-Томск-Краснодар, 1992. - С.93-94.
- 356.** Рыбакова Л.Н. Различия между мальчиками и девочками в потреблении алкоголя // Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докладов республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г.Москве 19 июня 1992 г. - М., 1992. - С. 90-93.
- 357.** Сборник психокоррекционных техник.- Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1994.- 70 с.
- 358.** Северный А.А. Социально-психологическое насилие над детьми с психическими расстройствами // Дети России: насилие и защита: Материалы Всероссийской научно - практ. конф., Москва, 1-3 октября 1997 г.- М., 1997. - С.18-22.
- 359.** Селедцов А.М., Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Казанцева Т.В. Опыт работы детско-подросткового наркологического стационара // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Юбилейная научно-практ. конф., посв. 140-летию кафедры душевных и нервных болезней ВМА.- СПб, 2000. - С.195-196.
- 360.** Семке В.Я. К вопросу фармакотерапии пограничных и аддиктивных состояний // Этика, деонтология в медицине на современном этапе: Материалы докладов

Международной научно-практической конф.,
г.Владивосток, 7-12 июля 1998 г.- Владивосток, 1998. -
С.124-134.

- 361.** Сидоров П.И. Саморазрушающее поведение у подростков как интегральное качество девиантного образа жизни // Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. Научных трудов Ленингр. психоневрол. НИИ им.В.М.Бехтерева. - Л., 1991. - С.15- 21.
- 362.** Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Особенности патокинеза алкоголизма у девочек-подростков// Медико-биологические проблемы алкоголизма: Материалы Всесоюзной конференции. - М., 1988. - С.174-178.
- 363.** Сидоров П.И., Никифоров И.А. Проблемы подростковой наркологии // Вопросы наркологии. - 1989. - № 3. - С.22-26.
- 364.** Сирота Н.А. Особенности психосоциальной адаптации лиц подросткового и юношеского возраста, угрожаемых на развитие наркомании // Актуальные вопросы наркологии: Сб. науч. трудов кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та. - Фрунзе, 1987. - Вып.9. - С.46-61.
- 365.** Сирота Н.А. О причинах и следствиях употребления наркотиков подростками // Актуальные проблемы наркоманий: Сб. науч. трудов кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та. - Фрунзе, 1988. - Т.169. - Вып. 10. - С. 92-103.
- 366.** Сирота Н.А., Абшаихова У.А., Бакинова А.Б., Ялтонский В.М. Сравнительное исследование отношения к болезни у подростков и взрослых при гашишной наркомании //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - 1992. - № 2. - С.59-61.
- 367.** Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Терентьев А.В., Баушева И.Л. Учимся жить без наркотиков //Наркостоп: Ежеквартальный бюллетень, издаваемый ЮНЕСКО совместно с Европейской комиссией. (Приложение). - 1998, февраль, вып. 1-2. - С. 2.
- 368.** Скворцова Е.С. Социально-гигиенический "портрет" алкоголизации подростков // Проблемы современной наркологии. Республиканский сборник научных трудов.- М.: 2-ой МОЛГМИ, 1989. - С. 27-30.
- 369.** Скворцова Е.С. Распространенность курения, алкоголизации и наркотизации среди городских подростков-школьников в различных регионах Российской Федерации // Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докладов республиканского совещания врачей психиатров-

наркологов в г.Москве 19 июня 1992 г.- М., 1992, - С. 98-101.

- 370.** Скворцова Е.С. Факторы риска (курение, алкоголизация, наркотизация) в образе жизни современных подростков // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: Сб. науч. работ, посвященный 70- летию со дня рождения и 45-летию врачебной научной и общественной деятельности д.м.н., проф. Г.М.Энтина. - М.-Орел, 1994. - С.55- 59.
- 371.** Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А. Тенденции потребления психоактивных веществ подростками-школьниками г. Ставрополя в 90-е годы // Вопросы наркологии. - 2000. - № 4. - С.70-78.
- 372.** Скворцова Е.С., Кутина Л.С. Современные тенденции распространенности вредных привычек среди подростков г. С.-Петербурга. // Вопросы наркологии. - 1995. - № 3.- С. 48-53.
- 373.** Скворцова Е.С., Кутина Л.С., Ушакова Г.И. Сравнительная характеристика потребления психоактивных веществ и курения среди школьников и учащихся ПТУ г.Москвы // Вопросы наркологии. - 1995. - № 4. - С. 62-66.
- 374.** Скворцова Е.С., Ушакова Г.И. Антиалкогольное просвещение в школе // Здравоохранение Российской Федерации. - 1993. - № 9. - С.66-68.
- 375.** Слоневская С.Ю., Стельцова Ж.Н. Особенности кризиса взросления старших подростков, страдающих героиновой наркоманией // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М.,2000. - С.250.
- 376.** Слоневская С.Ю., Надеждин А.В., Авдеев С.Н. Факторы снижения эффективности превентологических программ // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса-М.:РОСИНЭКС, 2001. - С.68-69.
- 377.** Слуцкий Б.М. Психопатические нарушения при ранней половой жизни у подростков женского пола // Психопатические расстройства у подростков: Республиканский сб. науч. трудов психоневрол. НИИ им. В.М.Бехтерева. - Л., 1989. - Т.116. - С.38-42.
- 378.** Смерть при жизни. Легальные и нелегальные наркотики /Авторы-составители: Г.Н.Носачев, Г.М.Тютина. - Самара, 1998.- 112 с.
- 379.** Смид Р. Групповая работа с детьми и подростками / Пер. с англ. 2-е изд., исправленное.- М.: Генезис, 2000.- 272 с.

- 380.** Смит Э.У. Внуки алкоголиков: Проблемы взаимосвязи в семье: Книга для учителя/ Пер. С англ. - М.: Просвещение, 1991.- 127 с.
- 381.** Смольникова Т.В., Шнель С.Ф., Кульков Л.Л. О возрастной групповой психотерапии (семейные аспекты) // Этика, деонтология в медицине на современном этапе: Материалы докладов Международной научно-практ. конф., г.Владивосток, 7-12 июля 1998 г.- Владивосток, 1998. - С.166-169.
- 382.** Собкин В.С., Кузнецова Н.И. Российский подросток 90-х: Движение в зону риска: Аналитический доклад.- М.: ЮНЕСКО, 1998.- 120 с.
- 383.** Соколова Е.П. Клиническая симптоматика алкоголизма у женщин молодого возраста и некоторые подходы к его терапии // Вопросы наркологии. - 1995. - №1. - С.50-53.
- 384.** Солодова А.Ю. Использование изобразительной деятельности для оценки и коррекции психических нарушений и расстройств поведения у детей, пострадавших при межнациональных (военных) конфликтах // Российский психиатрический журнал.- 2000. - №2. - С.47-50
- 385.** Социальные и психопатологические предпосылки формирования нарко- и токсикоманий у несовершеннолетних в современных условиях : Пособие для врачей психиатров-наркологов./ Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н., Тетенкова Е.Ю., Слоневская С.Ю., Стрельцов Ж.Н. - М., 1998.- 11 с.
- 386.** Спрангер Б. Анализ состояния обучающих программ "Формирование жизненных навыков" в мире // Вопросы наркологии. - 1994 - №1. - С.82-85
- 387.** Степанов А.Ф., Владимиров Б.С. Факторы, способствующие алкоголизации молодых женщин // Здравоохранение Казахстана. - 1991.- №2.- С. 30-31
- 388.** Страшун И.Д. Задачи школы и учителя в борьбе с алкоголизмом// Главсоцвос. Институт повышения квалификации педагогов. - М.-Л., 1929.- Вып.6. - 63 с.
- 389.** Стрельцова Ж.Н., Надеждин А.В., Слоневская С.Ю. Особенности общения старших подростков, больных героиновой наркоманией // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М.2000. - С.269.
- 390.** Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем.- М.: Медицина, 1972.- 384 с.
- 391.** Татевосян С.З. Роль психопатии в становлении различных вариантов пьянства и алкоголизма //

- Алкоголизм: Республиканский сборник научных трудов. - М., 1988. - С. 47-48.
- 392.** Теммоев Д.Ч., Лобжанидзе А.Б. Роль кафедры психиатрии и наркологии медвузов в комплексной профилактике наркотизма среди молодежи // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М., 2000. - С. 270.
- 393.** Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Хохлов С.Е., Авдеев С.Н. Злоупотребление психостимуляторами несовершеннолетних: появление новых прекурсоров. // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М., 2000. - С. 270.
- 394.** Тест в законе, или что вы думаете о профилактике? // Нарконет: Россия без наркотиков. - 2000. - № 1. - С. 20-22.
- 395.** Теркулов Р.И. Некоторые формы оказания наркологической помощи подросткам // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы докл. респ. совещания врачей психиатров-наркологов в г. Калининграде 23-25 апреля 1990 г. - М., 1990. - С. 170-174.
- 396.** Типологические модели поведения подростков с различными формами аддиктивного поведения: Пособие для врачей/ Авторы-составители: Д.Д.Исаев, И.И.Журавлев, В.В.Дементьев, С.Д.Озерецковский. - Санкт-Петербургский психоневрол.НИИ им. Бехтерева.- СПб., 1997.- 17 с.
- 397.** Тихомиров С.М. Профилактика токсикоманий у подростков // Здравоохранение Российской Федерации. - 1990. - №7. - С. 25-32.
- 398.** Ткаченко Г.Б. Санитарное просвещение в области потребления алкоголя, деятельность учебных заведений, средств массовой информации //Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000: Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья, состоявшегося в 1996-1998 годах и Всероссийской конференции "Алкоголь и здоровье", г.Москва, 17 декабря 1996 г. - М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. - С. 209-223.
- 399.** Толстиков В.А. О причинах и профилактике наркомании среди подростков в школе. // Актуальные вопросы преступности несовершеннолетних: Сб. материалов научно-практ. конф. - Вологда.- С. 183 - 187
- 400.** Толстых Н.Н., Кулаков С.А. Изучение мотивации подростков, имеющих пагубные привычки// Вопросы психологии. - 1989. - №2. - С. 35-38.
- 401.** Туаева Р.Н. Употребление одурманивающих препаратов детьми дошкольного и младшего школьного возраста //

- Социальная дезадаптация: нарушение поведения у детей и подростков: Материалы Российской научно-практ. конф. - М., 1996. - С.70-72.
- 402.** Узлов Н.Д., Побирченко И.В. Роль длительного контакта с бензином в формировании хронического алкоголизма // Алкоголизм: Республиканский сборник науч. трудов II МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова. - М., 1988. - С. 51-54.
- 403.** Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. - М.: Медицина, 1977. - 166 с.
- 404.** Узлов Н.Д. Профилактика токсикоманий среди подростков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тез докл. конф.- Пермь, 1984. - Т.2. - С.129-130.
- 405.** Ураков И.Г., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л. К вопросу о темпах формирования основных симптомов при различных формах полинаркоманий // Тезисы докл. третьей Всесоюзной научно-практической конф. по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркоманий. - М., 1980. - С. 153-157.
- 406.** Уткин А.В. Наркотизм среди городских подростков как сложная медико-социальная проблема (социально-гигиеническое исследование): Дисс. канд. мед. наук.- М., 1999.- 130 с.
- 407.** Факторы риска и клинические особенности наркоманий и токсикоманий у девиантных девочек-подростков: Без отчета / Башкирский гос. мед. ин-т; Руководитель Красильникова М.Н. - ГР 01850074270
- 408.** Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: Пособие для врачей и психологов/ Авторы Л.И.Вассерман, М.А.Беребин. - СПб., 1997.- 52 с.
- 409.** Фанталова Е.Б. Диагностика внутреннего конфликта. Приложение № 2 к «Журналу практического психолога». - М., Фолиум, 1997, 48 с.
- 410.** Феокистова С.С., Маклашова А.Г. Акушерские и перинатальные проблемы эфедреновой наркомании юных матерей // Современные проблемы наркологии: Материалы научно-практ. конф., г.Астрахань, 21-22 октября 1999 года.- Астрахань, 1999. - С.152-158.
- 411.** Хаворт А. (Haworth A.) Современные меры против угрозы появления наркомании. // Всемир. Форум здравоохран. - 1989.- 9.- № 4.- С. 36-39.
- 412.** Харин С.С. Искусство психотренинга. Заверши свой гештальт.- Минск: Изд. В.П.Ильин, 1998.- 352 с.

- 413.** Хафизов Р.Х. Антиалкогольное воспитание студенческой молодежи // Здравоохранение Казахстана. - 1992. - №11. - С.33-34.
- 414.** Хвостов О.И., Корнилов А.А. Групповая психотерапия и психокоррекция в школе - один из методов профилактики наркомании среди молодежи // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф. - Омск, 2000. - С.68-71.
- 415.** Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте. - Киев: Здоровья, 1993.- 144 с.
- 416.** Худяков А.В. Распространенность аддиктивного поведения подростков и его социально-психологические основы.// Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: Сб. науч. тр.-М.- Орел, 1994.- С.101-103
- 417.** Худяков А.В., Банных С.И. Сравнительный анализ групп больных, госпитализированных по поводу экзогенных интоксикаций Тезисы докладов науч. конф. молодых ученых ИГМИ, 21 окт. 1987.- Иваново, 1987. - С. 53
- 418.** Худяков А.В., Калуцков О.В., Уткин А.П., Зябликов В.А.)Некоторые результаты борьбы с пьянством и алкоголизмом в г. Иванове. // Вопросы наркологии.- 1989.- № 2.- С. 43-45
- 419.** Цетлин М.Г., Кошкина Е.А., Шамота А.З., Надеждин А.В. Состояние наркологической помощи несовершеннолетним в Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию // Вопросы наркологии. - 1997. - №4. - С. 31-37.
- 420.** Цой Л.Ю., Давыдова И.И., Демченко В.В., Иманбаев Э.М., Лопатин Д.В., Ялтонский В.М. "Я-концепция" подростков, зависимых от опиоидов // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда.- М., 2000. - С.274-275.
- 421.** Цукерман Г.А. Психологич саморазвития: задача для подростков и их педагогов.- Рига: ПЦ «Эксперимент», 1997.- 276 с.
- 422.** Черневский В.А. К вопросу о пьянстве во Владимирской губернии и способах борьбы с ним (По официальным данным и отзывам корреспондентов текущей статистики). - Владимир, 1911.- 74 с.
- 423.** Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В. Соматогенные формы постинтоксикационных нарушений у подростков, употребляющих алкоголь, наркотически действующие и токсические вещества // Современная психиатрия и

- наркология: проблемы, вопросы, решения: Сб. научных трудов.- М.: Изд. РГМУ, 1994. - С.138-143.
- 424.** Чернобровкина Т.В. К вопросу о профилактике соматических осложнений при наркотизации у детей и подростков // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М.2000. - С.276.
- 425.** Четвериков Д.В. Проблема качества жизни в наркологии // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практической конференции. - Омск, 2000. - С.111-116.
- 426.** Чирко В.В. О течении и исходах токсикоманий, начавшихся в подростковом и юношеском возрасте, по данным отдаленного катамнеза // Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий: Сб. науч. трудов. - М., 1989. - С.142- 148.
- 427.** Чудин А.С. Лечение сомато-психических расстройств при острых отравлениях органическими растворителями у больных токсикоманией // Неотложные состояния в психиатрии.: Сб. науч. трудов ВНИИ О и СП им. В.П.Сербского. - М., 1989. - С.141-147.
- 428.** Чудин А.С., Епифанова Н.М. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении психических нарушений при ингаляционных токсикоманиях// Казанский медицинский журнал. - 1989. - Т.70. - № 1. - С.21-24.
- 429.** Чухрова М.Г. Хуан-оол А.С., Кенден Ч.Б., Олейник В.В., Плюснин В.М. Особенности употребления алкоголя подростками г.Кызыла (Республика Тува) // Вопросы наркологии. - 1995. - № 4. - С. 67-70.
- 430.** Шабанов П.Д. Основы наркологии.- СПб.: Изд-во «Лань», 2002. - 560 с.
- 431.** Шаг за шагом от наркотиков. Книга для родителей. / Речнов Д.Д., Латышев Г.В., Яцишин С.М., Килишина А.Н., Бережная М.А., Семенцов В.В. - СПб., 1999.- 93 с.
- 432.** Шайдукова Л.К. Психологические механизмы злоупотребления алкоголем девочками-подростками // Казанский медицинский журнал. - 1991. - Т. 72. - № 4. - С.301-303.
- 433.** Шашков В.Н. В сетях нарколوبي.- М.:ЗАО "Газета"Правда", 1999. -40 с.
- 434.** Шестерников И.В., В.А.Москвин. Две модели лечебно-реабилитационной работы с наркозависимыми. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) – Кострома, 2002.- С. 61-62.

- 435.** Шлопак В.Г. Российская практика профилактики наркомании и реабилитации подростков-наркоманов на основе программы "Наркокон" ("нет наркотикам") // I Международный конгресс "Экология и дети" : Тез. докл. - Сочи, 1999. - Ч. 1. - С.151-152.
- 436.** Штерева Л.В., Неженцев В.М. Клиника и лечение алкоголизма.- Л.: Медицина, 1976. -128 с.
- 437.** Щедренко В.Г., Жуков Ю.Т. Риск развития алкоголизма у школьников // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии.- Москва-Томск-Краснодар, 1992. - С.109-111.
- 438.** Энглесман Е. (Englesman E.) Борьба со злоупотреблением опасными веществами - комплексный подход: Обсуждение / Всемирный форум здравоохранения, 1992. - Т.13. - № 2/3. - С.19-21.
- 439.** Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В. Исследования "образа Я" у подростков с аддиктивным поведением // Сб. научных трудов Ленингр. психоневрол. НИИ им.В.М.Бехтерева. - Л., 1989. - Вып.123. - С. 74-79.
- 440.** Эльгаров А.А., Эльгарова Л.В. Отношение школьников Нальчика к вредным привычкам // Терапевтический архив, 1994, 66, № 1, С. 45-48
- 441.** Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте// Вопросы психологии. - 1971. - №4. - С. 6-20
- 442.** Энтин Г.М., Динеева Н.Р., Овчинская А.С., Кутузова Н.В. Организация работы подросткового наркологического кабинета // Вопросы наркологии. - 1995. - №4. - С.59-61.
- 443.** Энтин Г.М., Энтина Е.Г. Построение лечебно-реабилитационной программы для больных наркоманией подростково-юношеского возраста. // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. - М.:РОСИНЭКС, 2001. - С.72-73.
- 444.** Юлдашев В.Л., Байков И.Р., Каллимуллина Д.Х., Певцов Г.В. Социальные предикторы аддиктивного поведения у подростков // Здравоохранение Башкортостана (спец. выпуск). - 1999. - № 4. - С.42-47.
- 445.** Юлдашев В.Л., Байков И.Р., Певцов Г.В. Некоторые особенности приобщения к психоактивным веществам несовершеннолетних // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М., 2000. - С.280-281.
- 446.** Я сам строю свою жизнь. Тренинг развития жизненных целей (программа психологического содействия успешной

- адаптации)./ Алиева М.А., Гришанович Т.В., Лобанова Л.В., Травникова Н.Г., Трошихина Е.Г.- СПб., Речь, 2001.- 206 с.
- 447.** Яковлева В.А., Кутушев О.Т. Особенности применения антаксона у больных героиновой наркоманией с разными уровнями социальной адаптации // Вопросы наркологии.- 1999. - № 4. - С.17-19.
- 448.** Якубенко О.В. Программа "Нарушения адаптации школьников" в профилактике наркомании у учащихся // Профилактика наркомании: Материалы III научно-практ. конф. - Омск, 2000. - С.120-122 .
- 449.** Ялтонский В.М., Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих гашишем и больных гашишной наркоманией //Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. науч. трудов. Л.: Изд. Лен. психоневрол. НИИ им. Бехтерева, 1991. - Т.128. - с.72-75.
- 450.** Ялтонский В.М., Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Вербально-невербальный диссонанс в структуре коммуникативного поведения наркотизирующихся подростков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 1992. - №1, С.68-69.
- 451.** Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Проксемическое поведение при злоупотреблении гашишем и гашишной наркомании у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. трудов. - Л.: Изд. Лен. психоневрол. НИИ им. Бехтерева, 1991. - Т.128. - С.75 - 78.
- 452.** Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Исследование особенностей самооценки и условий ее формирования при аддиктивном поведении и гашишной наркомании у подростков //Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 1991. - № 2. - С.79-80.
- 453.** Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Анализ современных подходов к профилактике наркотиков // Вопросы наркологии. - 1996. - № №. - С. 91-97.
- 454.** Янсупов Р.К., Назарова Н.Р., Беленкова С.И., Асамова А.А. Социально-гигиенические и психологические аспекты в употреблении наркотических веществ и токсинов подростками (исследования методом анкетирования)// Гигиенические вопросы воспитания, обучения и охраны здоровья детей и подростков в условиях Узбекистана. - Ташкент, 1989. - С.109-112.
- 455.** Яцков Л.П., Яцков П.Л. Средства массовой информации и психическое здоровье населения // Этика, деонтология в медицине на современном этапе: Материалы докладов

Международной научно-практ. конф., г.Владивосток, 7-12 июля 1998 г.- Владивосток, 1998. - С.11-14.

- 456.** Яцков П.Л. Деонтологические и этические аспекты в оказании наркологической помощи // Этика, деонтология в медицине на современном этапе: Материалы докладов Международной научно-практ. конф., г. Владивосток, 7-12 июля 1998 г.- Владивосток, 1998. - С.115-117.
- 457.** American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. // Pediatrics, 1998, Jan., 101(1), pp. 125-128
- 458.** Ariza-Cardenal C., Nebot-Adell M. Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. // J. Adolesc. Health., 2000, Dec., 27(6), pp. 425-33
- 459.** Aszalos R., McDuff D.R., Weintraub E., Montoya I., Schwartz R. Engaging hospitalized heroin-dependent patients into substance abuse treatment. // J. Subst. Abuse Treat., 1999, Jul.-Sep., 17(1-2), pp. 149-158
- 460.** Bacskai E., Gerevich J. Alcohol Drugs and Tobacco: Prev. and Contr./Real. ADN Aspirat.: Proc. 35th Int. Congr. Alc. and Drug Depend., Oslo, 31 July - 6 Aug., 1988. Abstr. - (Lausanne), 1988. - pp. 29.
- 461.** Bagnall G. Use of alcohol, tobacco and illicit drugs amongst 13-year-olds in three areas of Britain/ Bagnall Gellisse // Drug and Alcohol Depend., -1988. - 22. N 3. pp. 241-251.
- 462.** Bhana A., Parry C.D., Myers B., Pluddemann A., Morojele N.K., Flisher A.J. The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) project, phases 1-8--cannabis and Mandrax. // S. Afr. Med. J., 2002, Jul., 92(7), pp. 542-547
- 463.** Baldeh F.S., Binka J. Drug misuse and abuse trends in the Gambia. // Alcohol, Drugs and Tobacco: Prev. and Contr./Real. ADN Aspirat.: Proc. 35th Int. Congr. Alc. and Drug Depend., Oslo, 31 July - 6 Aug., 1988. Abstr. - Lausanne, 1988. - p. 34.
- 464.** Baum S. Drink driving as a social problem: comparing the attitudes and knowledge of drink driving offenders and the general community. // Accid. Anal. Prev., 2000, Sep., 32(5), pp. 689-94
- 465.** Biederman J., Faraone S.V., Monuteaux M.C., Feighner J.A. Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. // Pediatrics., 2000, Oct., № 106(4), p.p. 792-797 .

- 466.** Billington A.C. Volatile substance abuse: The role of agencies in the community in prevention and counselling // Hum.Toxicol.-1989.-8, 1 4. -pp.323-325.
- 467.** Blam R.W. Adolescent substance abuse. Diagnostic and treatment issues. // Pediatr.clin.amer.- 1987.- 34/2- pp.523-538.
- 468.** Blume Sh.B. Dual diagnosis: Psychoactive substance dependence and the personality disorders. // J.Psychoact.Drugs. - 1989, - 21, N 2. - pp.139-144.
- 469.** Booth R.E., Kwiatkowski C.F. Substance abuse treatment for high-risk adolescents. // Curr. Psychiatry. Rep., 1999, Dec., № 1(2), p.p. 185-190
- 470.** Botvin.G.J. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. // Addict. Behav., 2000, Nov.-Dec., № 25(6), p.p. 887-897.
- 471.** Boyd G.M. Alcohol and the family: opportunities for prevention. // J. Stud. Alcohol., Suppl., 1999, Mar., pp. 135-139
- 472.** Boys A., Marsden J., Strang J. Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. // Health. Educ. Res. -2001.- Aug., № 16(4).- pp. 457-469
- 473.** Boyle M.H., Sanford M., Szatmari P., Merikangas K., Offord D.R. Familial influences on substance use by adolescents and young adults. // Can. J. Public Health. - 2001.- May-Jun, № 92(3).- pp. 206-209
- 474.** Brook J.S.,Gordon A.S., Brook A., Brook D.W. The consequences of marijuana use on intrapersonal and interpersonal functioning in black and white adolescent. // Genet.,Soc., and Gen. Psycol.Monogr. -1989.-115, N 3. - pp.349-369.
- 475.** Brook J.S.,Nomura C.,Cohen P. A network of influences on adolescent drug involvement: Neighborhood, school, peer, and family/ // Genet. Soc. and Gen. Psychol. Monogr.-1989.-115, N 1, pp.123-145.
- 476.** Brook J.S.,Nomura C., Cohen P. Prenatal, perinatal and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence // Genet.Soc. and Gen.Psyhol.Monogr. - 1989. - 115, N 2.- pp.223-241.
- 477.** Cahalan D. Public police on alcohol and illicit drugs.// Drugs and Soc. - 1989, - 3, № 3-4, pp. 169-186.
- 478.** Chatlos J.C. Adolescent dual diagnosis: A 12-step transformational model // J.Psychoact. Drugs. -1989.-21,N 2.- pp.189-201.

479. Clement C.E., Aragon L.V., Pinlechi K.R. Prediction of risk for drug use in high school students. // Int.j.Addic. - 1989, - 24//11. - pp.1053-1064.
480. Cherpitel C.J. Differences in services utilization between white and Mexican American DUI arrestees. // Alcohol. Clin. Exp. Res., 2001, Jan., 25(1), pp. 122-127
481. Choquet M., Ledoux S., Menke H. Psychiatr. et psychobiol., - 1988.-3, N 4, pp.227-244.
482. Chvila L., Vengrinova J. Pocatky toxicomanie u det / Chvila L., Vengrinova J. // Cs.psychiat.-1989.-85, N 4, pp.256-259.
483. Costa F.M., Jessor R., Turbin M.S. Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors. // J. Stud. Alcohol., 1999, Jul., 60(4), pp. 480-490
484. Cohen J. Молодежь и алкоголь // Здоровье матери и ребенка. Журн. семейной медицины, 1992, т.1, № 3, с. 63-67. **Взять книгу.**
485. Collingwood T.R., Sunderlin J., Reynolds R., Kohl H.W. Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. // 3-rd J. Drug. Educ., 2000, № 30(4), p.p. 435-451
486. Cottrell D., Boston P.. Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. // J. Child Psychol. Psychiatry, 2002, Jul., 43(5), pp. 573-586
487. Czuchry M., Sia T.L., Dansereau D.F. Preventing alcohol abuse: an examination of the "Downward Spiral" game and educational videos. // J. Drug. Educ., 1999, 29(4), pp. 323-335
488. Dakof G.A., Tejeda M., Liddle H.A. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. // J.Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 2001, Mar., № 40(3), p.p. 274-281
489. Dawson D.A. Alternative definitions of high risk for impaired driving: the overlap of high volume, frequent heavy drinking and alcohol dependence. // Drug. Alcohol Depend., 1999, May, 54(3), pp. 219-28
490. DeCato L.A., Donohue B., Azrin N.H. Teichner G.A. Satisfaction of conduct-disordered and substance-abusing youth with their parents. // Behav. Modif., 2001, Jan., № 25(1), p.p. 44-61
491. DiClemente R.J., Wingood G.M., Crosby R., Sionean C., Cobb B.K. Harrington K., Davies S., Hook E.W., Oh M.K. Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. // Pediatrics.- 2001.- Jun.. № 107(6).- pp.1363-1368.
492. Donaldson S.I., Thomas C.W., Graham J.W., Au J.G., Hansen W.B. Verifying drug abuse prevention program effects using

- reciprocal best friend reports. //: J. Behav. Med., 2000, Dec., 23(6), pp. 585-601
- 493.**Edeh J. Volatile substance abuse in relation to alcohol and illicit drugs: Psychosocial perspectives /Edeh J.// Hum. Toxicol.-1989.-8, N 4. -pp.313-317.
- 494.**Epstein J.A., Botvin G.J., Diaz T. Linguistic acculturation associated with higher marijuana and polydrug use among Hispanic adolescents.// Subst. Use Misuse.- 2001.- Mar., № 36(4). - pp. 477-499.
- 495.**Feigelman W.,Hyman M.M.,Amann K.,Feigelman B. Correlates of persisting drug use among former youth multiple drug abuse patients // J.Psychoact.Drugs.-1990.-22,N 1.-pp.63-75.
- 496.**Fetro J.V., Coyle K.K., Pham P. Health risk behaviors among middle school students in a large majority-minority school district. // J. Sch. Health, 2001, Jan., № 71(1), p.p. 30-37
- 497.**Franken I.H., Hendriks V.M., Haffmans P.M., Van-der-Meer C.W. Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change. // J. Clin. Psychol., 2001, Mar., 57(3), pp. 299-306
- 498.**Giancola P.R., Parker A.M. A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. // J. Stud. Alcohol.- 2001. - Mar., № 62(2).- pp. 166-78
- 499.**Giannopoulou J. Patterns of drug, alcohol and tobacco use and indicators of psychological distress among greek immigrant adolescents.//Alcohol Drugs and Tobacco: Prev. and Contr./Real ADN Aspirat.:Proc.35th Int. Congr. Alc. nad Drug Depend., Oslo,31 July - 6 Aug.,1988. Abstr. - Lausanne,1988. - p.136.
- 500.**Glider P., Midyett S.J., Mills-Novoa B., Johannessen K., Collins C. Challenging the collegiate rite of passage: a campus-wide social marketing media campaign to reduce binge drinking. // J. Drug. Educ. -2001.- № 31(2).- pp. 207-20
- 501.**Gmel G., Klingemann S., Muller R., Brenner D. Revising the preventive paradox: the Swiss case. // Addiction., 2001, Feb., № 96(2), p.p. 273-284
- 502.**Griffin K.W., Scheier L.M., Botvin G.J., Diaz T. Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: psychological well-being as a mediating factor. // Psychol. Addict. Behav.- 2001.- Sep., № 15(3).- pp. 194-203
- 503.**Groer M.W.,Thomas S.P.,Shoffner D. Adolescent stress and coping a longitudinal study.//Res.Nurs.Health.- 1992,June 15/3. - pp.209-217.

- 504.**Guo J., Collins L.M., Hill K., Hawkins J.D. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. // J. Stud. Alcohol., 2000, Nov., 61(6), pp. 799-808
- 505.**Guo J., Chung I.J., Hill K.G., Hawkins J.D., Catalano R.F., Abbott R.D. Developmental relationships between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. // J. Adolesc. Health, 2002, Oct., 31(4), pp.354-362
- 506.**Hampl K. Prognosis of children and adolescents using solvents//Alcohol,Drugs and tobacco:Prev.and Drug Depend.,Oslo,31 July-6 Aug.,1988.Abstr.-(Lausanne),1988.-p.156.
- 507.**Harford T.C., Wechsler H., Muthen B.O. The impact of current residence and high school drinking on alcohol problems among college students. // J Stud Alcohol., 2002, May, 63(3), pp., 271-279
- 508.**Harrington N.G., Brigham N.L., Clayton R.R. Alcohol risk reduction for fraternity and sorority members. // J. Stud. Alcohol., 1999, Jul., 60(4), pp. 521-527
- 509.**Hawkins J.D., Catalano R.F.,Miller J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.// Psychological Bulletin, 1992,N 112,-pp.64-105.
- 510.**Henggeler S.W., Pickrel S.G. Brondino M.J. Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. // Ment. Health. Serv. Res., 1999, Sep., 1(3), pp. 171-184
- 511.**Henry K.L., Smith E.A., Hopkins A.M. The effect of active parental consent on the ability to generalize the results of an alcohol, tobacco, and other drug prevention trial to rural adolescents. // Eval. Rev., 2002, Dec., 26(6), pp.645-655
- 512.**Hidalgo I., Garrido G., Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. J. Adolesc. Health., 2000, Nov., № 27(5), p.p. 351-360.
- 513.**Hill S.Y. Locke J., Lowers L., Connolly J. Psychopathology and achievement in children at high risk for developing alcoholism. // J. Am. Acad. Child-Adolesc. Psychiatry, 1999, Jul, 38(7), pp. 883-91
- 514.**Hops H., Davis B., Lewin L.M. The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. // J. Stud. Alcohol., Suppl., 1999 Mar., pp. 1322-31
- 515.**Hunneken H. Drogengefährdung unserer Jugend.// Off. Gesundheitswesen, 1986, 48, N 8, S.404-407.

- 516.** Hrdung J. S., Leonard K.E., Jacob T. Drinking styles and drug use in children of alcoholics, depressives and controls. // J.Stud.Alcohol. -1989. - vol.50, N 5,- pp.427-431.
- 517.** International variations in youth drug use: the effect of individual behaviours, peer and family influences, and geographical location. // McArdle P., Wiegersma A., Gilvarry E., McCarthy S., Fitzgerald M., Kolte B., Brinkley A., Blom M., Stoeckel I., Pierolini A., Michels I., Johnson R., Quensel S. // Eur. Addict. Res., 2000, Dec., № 6(4), p.p. 163-169.
- 518.** Johnson S., Leonard K.E., Jakob T. Drinking styles and drug use in children of alcoholics, depressives and controls // J. Stud. Alcohol. - 1989. - Vol.50, N 5, pp.427-431.
- 519.** Kandel D.B. Issues of sequencing of adolescent drug use and other problem behaviors // Drugs and Soc.-1988.-3,N 1-2,pp.55-76.
- 520.** Kelly J.F., Myers M.G., Brown S.A. Do adolescents affiliate with 12-step groups? A multivariate process model of effects. // J. Stud. Alcohol., 2002, May., 63(3), pp. 293-304
- 521.** Khavazi K.A. Interpersonal influences in college students. Initial use of alcohol and drugs. The role of friends, self, parents, doctors and dealers. // Int.J.Add. - 1993, - 28/4 - pp.377-380.
- 522.** Klitzner M., Schwartz R.H., Gruenewald P., Blasinsky M. "Amer.J.Diseases child", 1987-141, N 1, pp.45-49.
- 523.** Knight J.R., Wechsler H., Kuo M., Seibring M., Weitzman E.R., Schuckit M.A. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. // J. Stud Alcohol., 2002, May., 63(3), pp. 263-270
- 524.** Kunz J.L., Giesbrecht N. Gender, perceptions of harm, and other social predictors of alcohol use in a Punjabi community in the Toronto area. // Subst. Use. Misuse, 1999, Feb., 34(3), pp. 403-19
- 525.** Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substance use disorder // J. Psychiat.Drugs. - 1987. - Vol. 19, No 4. - P.379 - 381.
- 526.** Lewis N.O. Teen and adult perceptions about underage drinking. abstr.Res.Soc.Alcoholism Annu.Sci.Meet., San.Francisco, Calif., July, 19-24, 1997// Alcoholism - 1997. - 21, N 3 Supl.-p.26.
- 527.** Lie K., Helserad O. How can we succeed to get teenagers in the "school to change their attitude of experimenting with drugs, - or decrease their consumption of alcohol"// Alcohol Drugs and Tobacco: Prev. and Drug. Depend. Oslo, 31 July-6 Aug., 1988.Abstr.-(Lausanne), 1988.- p.239.

- 528.** Lie K., Helserad O. How can we succeed to get teenagers in the "school to change their attitude of experimenting with drugs, - or decrease their consumption of alcohol"// Alcohol Drugs and Tobacco: Prev. And Drug. Depend. Oslo, 31 July - 6 Aug., 1988. Abstr. - (Lausanne), 1988.- P.239.
- 529.** Liss B.J. Government, Trade substance abuse //Hum.Toxicol.-1989.-8, N 4. -pp.327-330.
- 530.** LoSciuto L., Hilbert S.M., Fox M.M., Porcellini L., Lanphear A. A two-year evaluation of the woodrock youth development project. The Journal of Early Adolescence,1999,November,Vol.19,issue 4,pp.488-508.
- 531.** Loveland-Cherry C.J., Ross L.T., Kaufman S.R. Effects of a home-based family intervention on adolescent alcohol use and misuse. // J. Stud. Alcohol. Suppl. 1999, Mar., pp. 1394-102
- 532.** Lynsky D.D., Heischouer B.S., Johnston P.M., Johnson K.A., Lujano L.M., Morgan R.D. Youth Alternative Sentencing Program: a description and evaluation of an alcohol and marijuana intervention program. // Int. J. Trauma Nurs., 1999, Jan.-Mar., 5(1), pp. 10-16
- 533.** Marston A.R., Jacobs D.F., Singer R.D., Widaman K.F., Little T.D. Adolescents who apparently are invulnerable to drug, alcohol, and nicotine use // Adolescence.-1988. -23 N 91, pp.593-598.
- 534.** McGee R., Williams S. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood/ / Addiction, 200, Apr., 95 (4), pp. 491-503
- 535.** McGillicuddy N.B., Rychtarik R.G., Duquette J.A., Morsheimer E.T. Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents // J. Subst. Abuse. Treat., 2001, Jan., № 20(1), p.p. 59-68.
- 536.** McCuller W.J., Sussman S., Dent C.W., Teran L. Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. // Addict. Behav., 2001, Jan. Feb., № 26(1), p.p. 137-142
- 537.** Meyenberg R. Why do youth turn to drugs? - Aspects of drug addiction prevention in and out of schools.// Alcohol Drugs and Tobacco:Prev.and Contr./Real.ADN Aspirat.: Proc. 31th Int. Congr. Alc. and Drug Depend.,Oslo, 31 July - 6 Aug.,1988., Abstr. - Lausanne, 1988. - p.270.
- 538.** Michell L.,Amos A. Girls,pecking order, and smoking. //Social Science and Medicine, 1997, N 44, pp.1861-1869.
- 539.** Miller W. Addictive behaviors: treatment of alcoholism , drug abuse, smoking and obesity. - Oxford ets.: Pergamon Press, 1984. - 353 p.

- 540.** Moon D.G., Jackson K.M., Hecht M.L. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. *J. Drug. Educ.*, 2000, 30(4), p.p. 373-398
- 541.** Moretti V., Antonicelli L. et al. Indagine epidemiologica a campione sul consumo di alcohol, farmacia e sostanze psicotrope e stupefacenti nei giovani in Italia.// *Alc. et benessere: Opin, confronto: 6 Congr. naz. Firenze, 1988, (vol.2). Abstr. - Bologna, 1988, p.109.*
- 542.** Muster E. Television commercials for alcohol, tobacco and medication. Experiences in Switzerland. // *Alcohol Drugs and Tobacco: Prev. and Contr./Real, ADN Aspirat.: Proc. 31th Int. Congr. Alc. and Drug Depend., Oslo, 31 July - 6 Aug., 1988. Abstr., - Lausanne, 1988., p.290.*
- 543.** Needle R.H., Jou S.-Ch., Su S.S. The impact of changing methods of selfreported drug use of adolescents.// *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.*-1989.-15. N 3.-pp.275-289.
- 544.** Nurco D.N., Blatchley R.J., Hanlon T.E., O'Grady K.E. Early deviance and related risk factors in the children of narcotic addicts. // *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse.*, 1999, Feb., 25(1), pp. 25-45
- 545.** Nye C.L., Zucker R.A. , Fitzgerald H.E. Early family-based intervention in the path to alcohol problems: rationale and relationship between treatment process characteristics and child and parenting outcomes. // *J. Stud. Alcohol. , Suppl.*, 1999, Mar., pp. 1310-21
- 546.** Oetting E.R., Edwards R.W., Beauvais F. Drugs and native - american youth.// *Drugs and Soc. - 1988. -3, N 1-2. - pp.1-34.*
- 547.** O'Farrell T.J., Feehan M. Alcoholism treatment and the family: do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? // *J. Stud. Alcohol., Suppl.*, 1999, Mar., pp. 13125-9
- 548.** O'Leary T.A., Rohsenow. D.J., Martin R., Colby S.M., Eaton C.A., Monti P.M. The relationship between anxiety levels and outcome of cocaine abuse treatment. // *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse.*, 2000, May, 26(2), pp. 179-94
- 549.** Onceva S., Donev D., Gligorov I. Tobacco smoking, alcohol and drug consumption among youngsters in the Republic of Macedonia. // *Med. Arh.*, 2001, № 55(1), p.p. 27-28.
- 550.** Outcomes of a brief alcohol abuse prevention program for Israeli high school students./ Peleg A., Neumann L., Friger M., Peleg R., Sperber A.D.// *J. Adolesc. Health.*, 2001, Apr., № 28(4), p.p. 263-269

- 551.** Ozechowski T.J., Liddle H.A. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev., 2000, Dec., 3(4), p.p. 269-298
- 552.** Parguet Ph.J., Bailly D., Vaubremeersch M. L'alcoolisme: une "maladie" a' caractere familial? Sem.Hop., 1987, 63, N 7, 525-531.
- 553.** Polansky J.M., Buk L.P., Horan J.J. The effectiveness of substance abuse prevention videotapes with mexican american adolescents. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 1999, May, Vol.21, Issue 2, -pp.186-199.
- 554.** Preparing for the drug free years: session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. / Kosterman R., Hawkins J.D., Haggerty K.P., Spoth R., Redmond C. // J. Drug. Educ., 2001, № 31(1), p.p. 47-68
- 555.** Pressman M.A., Kymissis P., Hauben R. Group psychotherapy for adolescents comorbid for substance abuse and psychiatric problems: a relational constructionist approach. // Int. J. Group. Psychother., 2001, Jan., № 51(1), p.p. 83-100
- 556.** Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. / Botvin G.J., Griffin K.W., Diaz T., Scheier L.M., Williams C., Epstein J.A. // Addict. Behav., 2000, Sep.-Oct., № 25(5), p.p. 769-774
- 557.** Project ARM: alcohol risk management to prevent sales to underage and intoxicated patrons. / Toomey T.L., Wagenaar A.C., Gehan J.P., Kilian G., Murray D.M., Perry C.L. // Health Educ. Behav., 2001, Apr., № 28(2), p.p. 186-199
- 558.** Proudfoot H., Teesson M. Who seeks treatment for alcohol dependence? Findings from the Australian. // Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol., 2002, Oct., 37(10), pp.451-456
- 559.** Reifman. A., Barnes G.M., Dintcheff B.A., Uhteg L., Farrell M.P. Health values buffer social-environmental risks for adolescent alcohol misuse. // Psychol. Addict.Behav.- 2001.- Sep., № 15(3).- pp. 249-251
- 560.** Richardson H. Volatile substance abuse: Evaluation and treatment// Hum.Toxicol.-1989.-8, N 4, pp.319-322.
- 561.** Rivers S.M., Greenbaum R.L., Goldberg E. Hospital-based adolescent substance abuse treatment: comorbidity, outcomes, and gender. // J. Nerv.-Ment. Dis., 2001, Apr., № 189(4), № 229-237.
- 562.** Rose C.D. Peer cluster theory and adolescent alcohol use: an explanation of alcohol use and a comparative analysis

- between two causal models. // J. Drug. Educ., 1999, 29(3), pp. 205-215
- 563.** Sattah M.V., Supawitkul S., Dondero T.J., Kilmarx P.H., Young N.L., Mastro T.D., Chaikummao S., Manopaiboon C., Griensven F. Prevalence of and risk factors for methamphetamine use in northern Thai youth: results of an audio-computer-assisted self-interviewing survey with urine testing. // Addiction, 2002, Jul., 97(7), pp.801-8
- 564.** Shakeshaft A.P., Bowman J.A., Burrows S., Doran C.M., Sanson-Fisher R.W. Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. // Addiction 2002 Nov., 97(11), pp.1449-1463
- 565.** Scheier L.M., Botvin G.J. Expectancies as mediators of the effects of social influences and alcohol knowledge on adolescent alcohol use : A prospective analysis. // Psychology of Addictive Behaviors, 1997, N 11 -pp.48-64.
- 566.** Scheier L.M., Botvin G.J., Diaz T., Griffin K.W. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. // J. Drug. Educ., 1999, 29(3), 251-278
- 567.** Sigelman C.K., Leach D.B., Mack K.L., Bridges L.J., Rinehart C.S., Dwyer K.M., Davies E.P., Sorongon A.G. Children's beliefs about long-term health effects of alcohol and cocaine use. // J. Pediatr. Psychol., 2000, Dec., 25(8), pp. 557-66
- 568.** Spoth R.L., Guyll M., Day S.X. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. // J. Stud. Alcohol., 2002, Mar., 63(2), pp.:219-228
- 569.** Spoth R.L., Redmond C., Trudeau L., Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. // Psychol. Addict. Behav., 2002, Jun, 16(2), pp.129-134
- 570.** Srebnik D.S., Kovalchick D., Elliott L. Initial findings from Parent Party Patrol: an intervention to reduce adolescent substance use through reduced involvement in unchaperoned parties. // J. Drug Educ. 2002, 32(1), pp.13-23
- 571.** Stenbacka M. The role of competence factors in reducing the future risk of drug use among young Swedish men. Addiction. 2000 Oct; 95(10): 1573-81
- 572.** Stiksrud A. Developmental and educational aspects of drug abusers during addescence. // Alcohol, Drugs and Tobacco, Prev. and Contr. /Real, ADN Aspirat: Proc. 35th Int. Congr. Alc. and Drug Depend., Oslo, 31 July - 6 Aug., 1988. Abstr. -(Lausanne), 1988. - p.418.

- 573.** St Lawrence J.S., Crosby R.A., Brasfield T.L., O'Bannon R.E. 3rd. Reducing STD and HIV risk behavior of substance-dependent adolescents: a randomized controlled trial. // J Consult Clin. Psychol., 2002, Aug., 70(4), pp.1010-1021
- 574.** Struzzo P. Prevenzione dei problemi alcool-correlati. Dalla terapia all'assistenza sanitaria primaria: l'esperienza di Udine "Citta Sana". // Recenti. Prog. Med., 1999, Feb., 90(2), pp. 69-72
- 575.** Stuart R.B. Teaching facts about drugs: Pushing or preventing? // Journal of Educational Psychology, N 37, -pp.198-201.
- 576.** Suelves J., Romero R., Sanchez-Turet M. Prevencion del abuso de drogas en la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantacion de diversos programas en la ciudad de Barcelona. // Gac. Sanit., 2000, Mar.-Apr., 14(2), pp. 131-138
- 577.** Sussman S., Dent C.W., Craig S., Ritt-Olsen A., McCuller W.J. Development and immediate impact of a self-instruction curriculum for an adolescent indicated drug abuse prevention trial. // J. Drug Educ., 2002, 32(2), pp.121-137
- 578.** Sydow K., Lieb R., Pfister H., Hofler M., Wittchen H.U. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. // Drug Alcohol Depend., 2002, Sep., 68(1), pp.49-64
- 579.** Szapocznik J., Williams R.A. Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev., 2000, Jun., № 3(2), p.p. 117-134
- 580.** Tarter R.E. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method // Amer. J. Drug and Alcohol Abuse. -1990. -16, N 1-2. - pp.1-46.
- 581.** Taub D.E., Skinner W.E. A social bonding-drug progression model of amphetamine use among young women // Amer.J. Drug and Alcohol Abuse. -1990.-16, N 1-2.-pp.77-95.
- 582.** Tavares B.F., Beria J.U., Silva-de-Lima M. Prevalencia do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. // Rev. Saude Publica. - 2001.- Apr., № 35(2).- pp. 150-158
- 583.** Thomas T. Prevention substance abuse among youth: Prevention through youth leadership development.// Alcohol. Drugs and Tobacco: Prev. and Contr./Real. ADN Aspirat.:Proc.25th Int. Congr.Alc. and Drug Depend.,Oslo, 31 July - 6 Aug.,1988. Abstr. -(Lausanne).-P.429.

- 584.** Treating adolescents together or individually? Issues in adolescent substance abuse interventions./ O'Leary T.A., Brown S.A., Colby S.M., Cronce J.M., D'Amico E.J., Fader J.S., Geisner I.M., Larimer M.E., Maggs J.L., McCrady B., Palmer R.S., Schulenberg J, Monti PM. // Alcohol. Clin. Exp. Res., 2002, Jun, 26(6), pp. 890-899
- 585.** Vakalahi H.F. Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: a literature review. // J. Drug. Educ., 2001, № 31(1), p.p. 29-46
- 586.** Voas RB, Lange JE, Johnson MB Reducing high-risk drinking by young Americans south of the border: the impact of a partial ban on sales of alcohol. // J. Stud. Alcohol., 2002, May, 63(3), pp. 286-292
- 587.** Wagner E.F., Brown S.A., Monti P.M., Myers M.G., Waldron H.B. Innovations in adolescent substance abuse intervention. // Alcohol. Clin. Exp. Res., 1999, Feb., 23(2), pp. 236-249
- 588.** Walters S.T., Gruenewald D.A., Miller J.H., Bennett M.E. Early findings from a disciplinary program to reduce problem drinking by college students. // J. Subst. Abuse. Treat., 2001, Jan., 20(1), pp. 89-91
- 589.** Wax P.M. Just a click away: recreational drug Web sites on the Internet. // Pediatrics, 2002, Jun, 109(6), p.96
- 590.** Weaver S.C., Tennant F.S. Effectiveness of drug education programs for secondary school students. // American Journal of Psychiatry, 1973, 130, pp. 812-814
- 591.** Welch S. News and notes. Addiction, 1999, July, Vol.94, pp.1085-1088.
- 592.** Welte J.W., Barnes G.M. Alcohol use among adolescent minority groups.// J.Stud.Alcohol. 1987,48, N 4, pp.329-336.
- 593.** Weng L.-J., Newcomb M.D. Predicting changes in teenage drug use: The role of intention-behavior discrepancy // Genet., Soc., and Gen.Psychol.Monogr. -1989.-115, N 1, pp.25-48.
- 594.** Wenter D.L., Ennett S.T., Ribisl K.M., Vincus A.A., Rohrbach L., Ringwalt C.L., Jones S.M.. Comprehensiveness of substance use prevention programs in U.S. middle schools. // J. Adolesc. Health., 2002, Jun, 30(6), pp. 455-462
- 595.** Werch C.E., Pappas D.M., Carlson J.M., DiClemente C.C. Six-month outcomes of an alcohol prevention program for inner-city youth. // Am. J. Health Promot., 1999, Mar.-Apr., 13(4), pp. 237-240
- 596.** Whiteside-Mansell L., Crone C.C., Conners N.A. The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children. The AR-

- CARES program. // J. Subst. Abuse. Treat., 1999, Apr., 16(3), pp. 265-275
- 597.**Wiegersma P.A., Hofman A., Zielhuis G.A. Prevention of unhealthy behaviour by youth health care in The Netherlands. // J. Public. Health. Med., 2000, Sep., 22(3), p.p. 386-392.
- 598.**Whitaker D.J., Miller K.S., Clark L.F. Reconceptualizing adolescent sexual behavior: beyond did they or didn't they? // Fam. Plann. Perspect., 2000, May.-Jun., № 32(3), p.p. 111-117.
- 599.**Zotti C.,Moiraghi R.A. Studio epidemiologico sul consumo di alcool e farmaci in un campione di adolescenti torinesi// Alc.et benessere: Opion. confronto:6 Congr.naz., Firenze, 27-29 ott.,1988. (vol.2).Abstr.-(Bologna),(1988).-P.78.
- 600.**Zucker R.A. Is risk for alcoholism predictable? A probabilistic approach to a developmental problem. // Drugs Soc. -1989. - Vol,3, N 3-4, pp.69-93.
- 601.** Zickler P. Drug use among America`s teenagers shows slight Downward Trend // NIDA Notes - 1999.- Vol.14, N 1, pp.1-5.

лица 1

Распределение обследованных по группам в зависимости от
пола

Пол	Контрольная группа		Группа риска (АП)		Больные зависимостью	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	253	38,4	226	57,5	82	80,4
Женщины	405	61,6	167	42,5	20	19,6
Оба пола	658	100,0	393	100,0	102	100,0

Таблица 2

Распределение обследованного контингента по группам в зависимости от возраста

Группа	Возраст (число лет)							Всего
	11	12	13	14	15	16	17	
Клиническая	-	1,0	4,9	13,7	11,8	10,8	57,8	100,0
АП	1,5	3,8	11,7	19,8	14,9	31,3	12,0	100,0
Контрольная	5,5	13,8	22,3	18,1	14,9	17,5	7,9	100,0

Таблица 3

Распространенность группы аддиктивного поведения
(в % к общему числу анкетированных в каждой половозрастной группе)

Пол	Возраст (число лет)
-----	---------------------

	11	12	13	14	15	16	17
Мужско й	20,0	20,0	27,3	51,0	55,4	62,6	57,6
Женски й	0,0	2,1	8,9	27,6	32,3	41,0	42,3
Оба пола	12,5	11,6	18,0	39,2	42,5	49,6	46,2

Таблица 4

Распределение приобщенных к наркотическим и
токсическим веществам

(в % к общему числу лиц в каждой возрастной группе)

Пол	Возраст (число лет)						
	11	12	13	14	15	16	17
Мужской	0,0	7,2	9,1	15,6	16,2	18,7	19,2
Женский	0,0	0,0	2,2	1,0	3,2	10,8	10,3
Оба пола	0,0	5,8	6,7	8,8	11,3	16,5	17,3

Таблица 5

Социальный состав обследованных

(в % к итогу в каждой группе)

	Контрольная гр.			Группа АП			Клиническая гр.		
	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП
Школа	91,5	82,3	85,8	81,5	77,2	79,6	28,4	21,1	27,0
Суз	5,8	11,1	9,1	13,2	17,1	14,9	27,1	31,6	28,0
Вуз	2,7	6,6	5,1	5,3	5,7	5,5	3,7	5,2	4,0
Работает		-	-			-	6,2	42,1	13,0
Не работает		-	-			-	34,6	-	28,0
Всего	100, 0	100, 0	100, 0	100, 0	100, 0	100,0	100, 0	100, 0	100, 0

Таблица 6

Распределение обследованных пациентов по нозологии

Диагноз	Пол		Мужской		Женски й		Оба пола	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс.	%

Алкоголизм 1 стадии	5	6,0	1	5,3	6	5,9
Алкоголизм 2 стадии	5	6,0	2	10,5	7	6,9
Алкогольный психоз	1	1,2			1	1,0
Токсикомания ЛОВ 1 стадии	11	13,3			11	10,8
Токсикомания ЛОВ 2 стадии	5	6,0			5	4,9
Наркомания героиновая 1 стадии	4	4,8			4	3,9
Наркомания героиновая 2 стадии	47	56,6	15	78,9	62	60,7
Алкоголизм, ослож. токсиком. ЛОВ	2	2,4			2	2,0
Наркомания героиновая на фоне алкоголизма	2	2,4	1	5,3	3	2,9
Наркомания героиновая на фоне токсикомании ЛОВ	1	1,2			1	1,0
Всего	83	100,0	19	100, 0	102	100, 0

Таблица 7

Уровень самооценки (в % к итогу в каждой группе)

Группа	Уровень самооценки	Вид самооценки			
		Я – реалън.	Я – идеал.	Я – глаз. окр.	Я – презент.
Контрольная	Снижена	6,1	0,4	3,2	1,8
	Нормальная	51,9	32,5	58,5	41,9
	Повышена	14,9	38,2	17,8	34,4
	Резко повышена	2,2	21,7	2,5	12,3
	Неравномерная	24,9	7,2	18,0	9,6
	Всего	100,0	100,0	100,0	100,0
АП	Снижена	11,0	1,8	7,5	2,4
	Нормальная	28,8	23,0	37,7	31,2
	Повышена	10,7	34,1	12,0	29,0

Клиническая	Резко повышена	3,7	23,0	4,5	16,6
	Неравномерная	45,8	18,1	38,3	20,8
	Всего	100,0	100,0	100,0	100,0
	Снижена	23,3	1,2	17,6	1,2
	Нормальная	25,5	31,4	30,6	32,9
	Повышена	7,0	32,5	3,5	24,7
	Резко повышена	-	14,0	1,2	14,1
	Неравномерная	44,2	20,9	47,1	27,1
	Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 8

Возраст к моменту первой пробы алкоголя
(в % к итогу в каждой группе)

Возраст (лет)	Контрольная группа			Группа АП			Клиническая группа		
	Муж.	Жен.	ОП	Муж.	Жен.	ОП	Муж.	Жен.	ОП
8 и ранее	16,6	7,8	11,1	14,4	16,7	15,4	10,1	5,3	9,2
9	10,7	3,8	6,3	3,3	1,1	2,3	2,5	5,3	3,1
10	19,4	14,4	16,2	10,7	12,1	11,3	11,3	-	9,2
11	8,6	10,3	9,7	13,0	12,1	12,5	13,9	-	11,2
12	15,1	20,5	18,5	18,7	17,3	18,1	15,3	10,5	14,3
13	11,3	16,3	14,5	18,1	21,3	19,6	21,6	36,8	24,5
14	10,8	13,8	12,7	15,3	9,2	12,6	13,9	21,0	15,3
15	4,8	9,1	7,5	5,1	8,0	6,4	11,4	21,1	13,2
16	2,7	3,1	2,9	1,4	1,7	1,5	-	-	-
17	-	0,9	0,6	-	0,5	0,3	-	-	-
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 9

Мотивация приобщения к алкоголю
(в % к итогу в каждой группе)

Мотивы	Группа
--------	--------

алкоголизации	Контрольн ая	АП	Клиническ ая
Гедонистический	10,9	19,5	15,1
Субмиссивный	20,3	15,3	34,9
Коммуникативный	18,1	20,2	12,8
Детензивный	29,7	33,3	11,6
Протестно- демонстративный	9,8	7,4	2,3
Другие и неуточненные	11,2	4,3	23,3
Всего	100,0	100,0	100,0

Таблица 10

Возраст обследованных к моменту первого алкогольного
опьянения

(в % к итогу в каждой группе)

Возраст (лет)	Контрольная группа			Группа АП			Клиническая группа		
	Муж.	Жен.	ОП	Муж.	Жен.	ОП	Муж	Жен	ОП
8 и ранее	2,8	0,7	1,4	3,8	3,1	3,5	3,9	-	3,2
9	1,4	2,0	1,8	1,9	-	1,1	2,6	5,6	3,2
10	8,6	2,0	4,1	4,3	1,9	3,2	5,3	-	4,3
11	7,1	2,0	3,7	6,6	2,5	4,9	11,9	-	9,6
12	12,9	10,3	11,1	17,1	10,7	14,3	18,4	5,6	15,9
13	14,3	12,9	13,4	23,7	27,7	25,4	15,8	27,7	18,1
14	22,9	20,4	21,2	25,6	27,7	26,5	22,4	33,3	24,4
15	20,0	33,4	29,0	13,7	18,9	15,9	15,8	22,2	17,0
16	10,0	13,6	12,4	3,3	6,9	4,9	3,9	5,6	4,3
17	-	2,7	1,8	-	0,6	0,3	-	-	-
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 11

Возраст обследованных к моменту первой пробы

токсических и наркотических веществ
(в % к итогу в каждой группе)

Возраст (число лет)	Группа АП			Клиническая группа		
	Муж.	Жен.	Оба пола	Муж.	Жен.	Оба пола
до 9	6,4	-	4,5	2,7	-	2,2
10	-	-	-	-	-	-
11	4,8	3,8	4,5	8,1	-	6,5
12	7,9	11,1	8,9	18,9	-	15,2
13	14,3	14,8	14,4	16,2	27,8	18,5
14	26,9	18,5	24,4	20,3	44,4	25,0
15	22,2	18,5	21,1	18,9	-	15,2
16	15,9	33,3	21,1	13,5	22,2	15,2
17	1,6	-	1,1	1,4	5,6	2,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 12

Разновидности употреблявшихся нарко-токсических веществ
(в % к итогу в каждой группе)

Вид вещества	Клиническая группа							Гр. АП	
	I*	II*	III*	IV*	V*	VI*	VII*	I*	II*
ЛОВ	33,0	7,7						16,7	
Каннабиоиды	53,8	20,0	7,7	5,9		33,4		70,8	
Опий	2,2	12,3	25,6	23,5		33,3		4,2	
Героин	9,9	53,9	43,6	29,4	66,6			8,3	66,7
“Винт”		3,1	17,9	29,4		33,3	50,0		
“Экстази”					16,7				
Транквилизатор	1,1	1,5	5,2	5,9					
ЛСД				5,9					33,3
Димедрол		1,5							
Кокаин							50,0		
Метадон					16,7				
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: цифра указывает на порядковый номер вещества с учетом последовательности приобщения.

Таблица 13

Возраст обследованных на момент приобщения к курению
(в % к итогу в каждой группе)

Возраст (лет)	Контрольная группа			Группа АП			Клиническая группа		
	Муж	Жен	ОП	Муж.	Жен	ОП	Муж.	Жен	ОП
9 и ранее	15,8	-	9,4	18,0	1,2	11,8	35,4	5,3	29,7
10	18,4	3,8	12,4	10,8	4,9	8,6	9,7	10,5	9,0
11	5,3	7,7	6,3	4,3	6,2	5,0	9,8	-	7,9
12	10,5	11,5	10,9	14,4	11,1	13,2	9,7	26,3	12,8
13	13,2	34,7	21,9	21,6	17,3	20,0	9,8	21,1	11,9
14	13,2	7,7	10,9	14,4	28,4	19,6	12,2	21,1	13,9
15	18,4	19,2	18,8	11,5	17,3	13,6	11,0	5,3	9,9
16	2,6	15,4	7,8	5,0	11,1	7,3	1,2	10,5	3,0
17	2,6	-	1,6	-	2,5	0,9	1,2	-	1,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 14

Сроки формирования зависимости
(в % к итогу в каждой группе)

Срок формирования зависимости	Алкоголь		Наркотические/токс. вещ-ва	
	Психическая зависимость	Физическая зависимость	Психическая зависимость	Физическая зависимость
до 1 месяца			65,5	31,9
1-3 месяца	5,0		17,2	44,9
4-6 месяцев			13,8	15,9
7-12 месяцев	40,0	20,0	2,3	4,4
1-2 года	45,0	60,0	1,2	2,9
3-5 лет	10,0	20,0		
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 15

Выраженность абстинентного синдрома

(в % к итогу в каждой группе)

Выраженность АС	Алкоголизм	Опийная наркомания	Другие виды зависимости
Слабый	27,3	15,8	66,7
Умеренный	63,6	66,7	16,6
Выраженный	9,1	17,5	16,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Таблица 16

Толерантность в пересчете на водку

(в % к итогу в каждой группе)

Толерантность (в мл)	Контрольная группа		Группа АП		Клиническая группа	
	Все обсл.	16-17 л	Все обсл.	16-17 л	Все обсл.	16-17 л
до 100	75,7	62,1	17,8	6,4	6,6	2,8
100-200	18,4	27,3	30,7	27,9	22,0	20,5
200-300	4,7	7,6	31,6	39,3	24,2	20,5
300-400	0,6	1,5	10,4	12,9	5,5	17,8
400-500	0,6	1,5	8,3	11,4	24,1	23,3
500 и более	-	-	1,2	2,1	17,6	15,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 17

Распределение госпитализированных по нозологии (в % к итогу)

Нозология	Юноши	Девушки	Оба пола
Злоупотребление алкоголем без признаков зависимости	2,9	9,1	3,9
Хронический алкоголизм	8,6	9,1	8,7
Злоупотребление токсическими веществами без признаков зависимости	4,7	4,5	4,7
Токсикомании	20,0	-	16,5

Злоупотребление наркотическими веществами без признаков зависимости	1,9	4,5	2,4
Наркомании	61,9	72,8	63,8
Всего	100,0	100,0	100,0

Таблица 18

Состав семьи (в % к итогу в каждой группе)

Состав семьи	Контрольная группа			Группа АП			Клиническая группа		
	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП
Полная	80,8	76,3	78,0	68,9	78,7	72,3	51,1	57,1	51,9
Неполная	19,2	23,7	22,0	31,1	21,3	27,7	48,9	42,9	48,1
Всего	100, 0	100, 0	100,0	100,0	100, 0	100, 0	100,0	100, 0	100, 0

Таблица 19

Взаимоотношения между родителями /партнерами

(в % к общему числу обследованных)

Тип партнерских взаимоотношений	Группа АП		Клиническая группа	
	До АП	При обслед.	До АП	При обслед.
Отсутствовал партнер	8,6	17,1	13,9	33,7
Равноправие	22,9	17,1	15,8	14,9
Доминировал отец	11,4	20,0	18,8	8,9
Доминировала мать	31,4	28,6	23,7	22,8
Напряженные	25,7	20,0	22,7	14,9
Ссоры, жестокость	5,7	-	24,8	14,9
Холодность	-	-	1,0	1,0

Таблица 20

Характер семейного воспитания
(в % к итогу в каждой группе)

Характер воспитания	Группа АП		Клиническая группа	
	До АП	При обслед.	До АП	При обслед.
Адекватное	60,0	62,8	18,7	7,1
Неадекватное	40,0	37,2	81,3	92,9
в том числе				
- гиперопека	20,0	20,0	14,4	40,4
- гипоопека	8,6	2,9	32,0	33,3
- кумир семьи	5,7	5,7	13,4	6,1
- маятникообразное	5,7	8,6	21,5	13,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 21

Оценка взаимоотношений с окружающими
(в % от общего числа обследованных в каждой группе)

Критерий	Группа	Объект взаимоотношений					
		Отец	Мать	Братья	Сестры	Сверст.	Учит.
Удовлетворены отношениями	Контр.	90,7	96,2	85,8	87,3	93,4	82,9
	АП	82,3	90,6	83,7	85,0	95,8	70,1
	Клини.	61,1	80,2	84,6	80,9	88,8	54,9
Наличие претензий	Контр.	51,6	45,0	66,2	56,3	84,2	92,9
	АП	71,5	62,2	74,6	69,8	82,8	94,4

	Клин	71,2	50,5	60,7	48,7	78,3	73,9
	.						
Откровенны	Конт р.	35,4	69,0	26,8	37,5	40,2	5,4
	АП	26,4	49,7	22,4	47,6	50,9	2,5
	Клин	15,3	48,9	46,5	20,0	57,7	3,5
	.						
Хотят чаще обсуждать проблемы	Конт р.	43,7	67,5	38,9	43,4	48,4	19,9
	АП	33,6	68,5	42,7	45,2	53,3	13,3
	Клин	18,7	54,4	51,0	34,9	40,2	13,3
	.						
Имеются препятствия к откровенности	Конт р.	84,2	68,1	84,2	77,3	88,4	93,8
	АП	92,3	87,3	86,4	83,2	80,9	93,6
	Клин	98,5	88,4	77,3	82,9	85,6	98,7
	.						

Таблица 22

Причины, препятствующие откровенности
(в % к общему числу обследованных в каждой группе)

Препятствия к откровенности	Группа	Объект взаимоотношений					
		Отец	Мать	Брат ья	Сестр ы	Сверс т.	Учи т.
Боязнь компрометации	Контр.	51,1	46,0	32,4	38,4	62,1	51,7
	АП	58,2	46,0	35,0	41,9	60,7	45,2
	Клин.	47,0	54,0	50,0	44,8	66,2	50,0
Нежелание обременять проблемами	Контр.	17,6	26,0	15,8	18,8	12,2	11,2
	АП	20,5	34,4	12,5	16,2	12,4	13,7
	Клин.	10,7	17,1	8,8	13,8	6,5	5,3
Отсутствие взаимопонимания	Контр.	14,8	13,0	28,4	20,1	15,7	18,0
	АП	30,5	19,0	23,8	15,6	16,0	24,1
	Клин.	47,0	19,7	17,6	17,2	16,8	28,9
	Контр.	22,5	21,4	26,3	25,4	20,4	25,6

Может решить проблему самостоятель но	АП	27,7	25,0	28,8	26,4	24,7	25,7
	Клин.	15,5	21,1	26,5	24,1	22,1	25,0

Таблица 23

Содержание претензий к родителям
(в % к числу обследованных)

Содержание претензий	Группа					
	Контрольная		АП		Клиническ ая	
	Отец	Мать	Отец	Мать	Отец	Мат ь
Социальное положение	8,3	12,4	5,1	5,6	6,5	4,3
Лицемерие	3,2	0,4	3,1	4,2	9,8	10,6
Слабоволие	8,3	6,6	4,5	5,6	16,4	12,8
Злоупотребление алкоголем	27,4	2,5	15,5	4,7	42,6	17,0
Ссоры с партнером	25,8	32,4	15,8	33,2	32,8	10,6
Ограничение свободы	29,0	47,3	23,7	54,7	21,3	46,8
Безразличное отношение	13,1	7,1	7,1	6,5	9,8	4,3
Моральное унижение	6,7	5,8	6,2	4,2	11,5	12,8
Физическое унижение	0,4	0,4	1,4	1,4	8,2	4,3
С ним (с ней) скучно	10,7	6,2	6,8	7,5	6,6	4,3
Стыдно за него/нее	9,5	2,9	4,5	1,9	13,1	-
Грубость	12,3	2,9	4,2	3,3	14,8	10,6
Другое	4,8	6,2	2,5	4,7	1,6	4,3

Таблица 24

Содержание претензий к братьям, сестрам и сверстникам

(в % к числу обследованных)

Содержание претензий	Группа								
	Контрольная			АП			Клиническая		
	Брат	Сест	Св.	Брат	Сест	Св.	Брат	Сест	Св.
Грубость	30,3	23,1	29,2	28,0	14,4	12,0	19,4	47,4	31,9
Лживость	19,2	28,6	37,5	9,8	14,4	39,4	12,9	15,8	59,7
Эгоизм	29,3	28,6	29,2	28,0	35,1	31,0	9,7	21,1	20,8
Высокомерие	14,4	21,8	33,1	15,9	16,2	42,0	6,5	15,8	25,0
Безразличие	12,5	10,9	15,6	6,8	9,0	16,8	3,2	10,5	13,9
Ограниченность интересов	14,9	-	17,9	19,7	1,8	27,0	6,5	5,2	15,3
Скупость	7,7	5,4	12,7	6,8	9,0	10,6	9,7	10,5	23,6
Ненадежность	15,9	16,3	44,2	12,9	16,2	36,9	21,2	5,2	29,2
Неряшливость	21,2	14,3	8,8	9,1	8,1	5,8	12,9	-	11,1
Унижение моральное	6,3	6,8	10,2	10,6	7,2	5,1	3,2	5,2	12,5
Унижение физическое	4,3	1,4	5,2	3,8	0,9	0,4	6,5	5,2	1,4
Другое	8,2	8,8	1,8	3,8	6,3	-	6,5	15,8	1,4

Таблица 25

Содержание претензий к учителям

(в % к числу обследованных)

	Обследуемая группа
--	--------------------

Содержание претензий	Контрольная	АП	Клиническая
Необъективность	27,8	31,9	12,3
Грубость	20,3	28,4	46,2
Подавляют свободу	11,1	23,3	24,6
Безразличное отношение	20,6	29,3	40,0
Унижают достоинство	12,9	22,4	35,4
Некомпетентность	36,8	36,7	38,5
Другое	23,8	14,3	4,6

Таблица 26

Наиболее близкий объект общения
(в % к итогу в каждой группе)

Объект общения	Группа		
	Контрольная	АП	Клиническая
Оба родителя	28,1	37,4	28,9
Отец	3,1	-	3,6
Мать	18,8	4,2	15,7
Друг противоположного пола	-	20,8	32,6
Друг одного пола	-	12,5	8,4
Брат или сестра	6,3	-	7,2
Другие	-	6,3	3,6
Группа значимых лиц (родители, родственники, друзья)	43,7	18,8	-
Всего	100,0	100,0	100,0

Таблица 27

Распределение объектов общения по степени удаленности
(в % к итогу в каждой группе)

Объект общения	Контрольная группа			Группа АП			Клиническая группа		
	Бли з.	Сре д.	Да л.	Бли з.	Сре д.	Да л.	Бли з.	Сре д.	Дал.
Преподавател ь	50,0	37,5	12,5	46,0	30,0	24,0	26,2	52,4	21,4
Милиционер	12,5	56,3	31,2	12,2	51,0	36,8	11,2	20,0	68,8
Врач-нарколог	3,1	12,5	84,4	6,7	76,6	16,7	56,6	25,0	18,4
“Наркотриада”	0	12,5	87,5	2,1	19,2	78,7	8,5	23,2	68,3

Примечание к таблице. Дистанция общения: «Близ.»- близкая, «Сред.» - средняя, «Дал.»- дальняя.

Таблица 28

Возраст вступления в половые отношения
(% от общего числа инициированных)

Группа	Возраст (лет)						
	до 12	13	14	15	16	17	Всего
Контрольная	10,7	7,1	17,9	21,4	28,6	14,3	100,0
АП	8,8	14,0	19,3	30,7	23,7	3,5	100,0
Клиническая	4,3	15,7	30,0	24,3	20,0	5,7	100,0

Таблица 29

Источники средств для приобретения ПАВ
(в % к числу обследованных)

Источник средств	Контрольная гр.			Группа АП			Клиническая гр.		
	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП
Дают родители	38,8	42,6	41,6	43,2	55,8	49,1	20,5	35,0	23,7
Зарабатывает	25,	3,0	8,8	23,3	2,3	13,5	35,6	25,	37,

самостоятельно	0							0	6
Угощают друзья	41,7	57,4	53,3	48,6	72,1	59,6	20,5	55,0	28,0
Другие способы	2,7	1,0	1,5	11,0	1,6	6,5	65,8	45,0	61,3
Число источников на одного респондента	1,08	1,05	1,04	1,26	1,31	1,28	1,42	1,60	1,50

Таблица 30

Характер проблем (в % к общему числу респондентов)

Проблемы	Группа		
	Контрольная	АП	Клиническая
Материальные	29,1	42,4	46,3
Выбора профессии	40,1	43,0	35,8
Обучения	53,9	55,2	38,9
Политические	4,0	5,6	-
Досуга	5,8	12,2	14,7
Самостоятельности	10,6	11,0	8,4
Любовные	30,8	48,4	17,9
Семейные	20,6	27,3	25,3
Вредных привычек	10,8	18,4	30,5
Недостатков характера	21,9	21,7	17,9
Недостатков внешности	17,7	15,1	5,3
Здоровья	19,0	19,6	41,1
Другие	2,7	0,9	3,2

Таблица 31

Характеристика круга общения
(в % к итогу в каждой группе)

Характеристика круга общения	Группа АП		Клиническая группа	
	До АП	При обслед.	До АП	При обслед.
Одиночество	-	-	4,0	8,8
Широкий поверхностный	2,9	28,6	36,0	58,8
Широкий с близ. друзьями	82,8	68,5	50,0	23,6
Только семья	2,9	-	2,0	2,9
Только близкий друг	11,4	2,9	5,0	2,9
Асоциальный	-	-	1,0	1,0
Другое	-	-	2,0	2,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 32

Позиция в коллективе
(в% к итогу в каждой группе)

Позиция в коллективе	Популяц ия	Группа АП		Клиническая группа	
		До АП	При обслед.	До АП	При обслед.
Лидерство	14,3	14,7	17,1	27,3	19,1
Равенство	65,9	61,8	57,2	31,3	40,5
Подчинение	5,6	20,6	20,0	38,5	32,5
“Козел отпущения”	6,3	-	-	2,0	2,3
Другое	7,9	2,9	5,7	-	5,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 33

Рейтинг жизненных ценностей

Жизненные ценности	Контр. гр.		Группа АП		Клинич. гр.		Молодежь	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	Яро с.	М-ва
Здоровье	1	1	1	1	1	3/4	5	6
Счастливая семейная жизнь	2	3	3	2/3	2	1/2	6	5
Любовь	3	2	2	2/3	3	1/2	6	5
Интересная работа	5/6	9/10	11	10	9	9	3	9
Познание (расши-рение кругозора)	5/6	9/10	11	10	9	9	3	9
Наличие хороших друзей	5/6	4	4	4	4/5	5	7	3
Материально-обеспеченная жизнь	7	5	6	5	4/5	3/4	4	4
Свобода, независимость	8	8	5	6/7	8/9	8	10	2
Уверенность в себе	9	6	7	6/7	7	7	9	7
Активная, деятельная жизнь	10	9/10	9	8/9	8/9	10	8	11
Творчество	11	11	12	11	11	12	11	10
Красота природы и искусства	12	12	10	12	12	11	12	12

Таблица 34

Наличие и характер дезадаптации
(в % к общему числу обследованных)

Наличие дезадаптации	Группа АП	Клиническая группа
----------------------	-----------	--------------------

	до АП	при обслед.	до АП	при обслед.
Нет дезадаптации	85,4	52,9	50,2	5,0
Есть дезадаптация	17,6	47,1	49,8	95,0
В том числе:				
- генерализованная	-	5,9	5,1	43,0
- в семье	11,8	29,4	22,5	41,0
- в школе	8,8	23,5	23,5	32,0
- в микросреде	2,9	2,9	2,0	6,0

Таблица 35

Средний балл школьной успеваемости в исследованных
группах
(в %% к итогу в каждой группе)

Средний балл	Исследованные группы				
	Контроль ная	АП		Клиническая	
		до АП	при обслед.	до АП	при обслед.
ниже 3,0	1,8	-	1,8	4,0	56,7
3,0 - 3,4	12,0	22,2	21,9	54,5	41,2
3,5 - 3,9	20,6	8,4	19,8	-	-
4,0 - 4,5	43,6	58,3	38,8	39,5	2,1
Выше 4,5	22,0	11,1	17,7	2,0	-
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 37

Значимость реабилитационно-профилактической
работы с различными группами подростков

	Контрольн ая	АП транзитор ное	АП прогреди ентное	Химическ ая зависимос ть
Воспитание через предмет	+++	+++	+	-

Лекции специалистов	++	++	+	++
Движение волонтеров	+++	-	-	-
Социально-психологический тренинг	++	++	+	-
Проблемно-ориентированный тренинг	+	+++	++	++
Психотерапия	-	-	+++	+++

Таблица 37

Мишени и методы коррекционного воздействия в процессе профилактики злоупотребления ПАВ

Мишени	Значимость для различных групп			Цель и характер воздействия	Методы
	Норм	АП	Завис.		
I. Личностно-характерологические					
1. Нарушенная самооценка.	+	++	+++	Гармонизация самооценки	Консультации Тренинг ассерти...
2. Затруднения в выражении эмоций, подавление чувства вины и стыда.	-	+	+++	Осознание эмоций	Консультации Тренинг ассерти...
3. Ригидное следование к цели без учета обстоятельств.	-	++	+++	Формирование гибких стратегий поведения	Консультации Тренинг ассерти...
4. Психологические защиты, связанные с	-	++ +	+++	“Размывание” психологическ	Формир мотивац

употреблением ПАВ				их защит	психотерапевтическое вмешательство
-------------------	--	--	--	----------	------------------------------------

II. Коммуникативные					
1. Нетерпимость к чужому мнению, неспособность признать свои ошибки.	+	++	+++	Развитие коммуникативных навыков	Консультация. Тренинг коммуникативных, асертивных личностных ресурсов
2. Недоверие к окружающим, неспособность адекватно пользоваться помощью.	-	++	+++	Развитие эмпатических способностей	То же
3. Ранняя половая жизнь.	-	++	+++	Формирование понятия о гармоничной любви	То же
4. Неспособность сопротивляться постороннему давлению (конформность, зависимость)	-	++	+++	Развитие способности отстаивать свое мнение	То же
5. Дефицит безусловной любви в семье	+	++ +		Гармонизация взаимоотношений в микросоциуме	Семейная консультация
III. Познавательные					
1. Признаки социально-педагогической запущенности	-	+	+++	Развитие креативных способностей	Тренинг личностного роста

2.Эгоцентрическая антиципационная несостоятельность.	-	+	+++	Развитие антиципационных способностей	Антиципационный тренинг
--	---	---	-----	---------------------------------------	-------------------------

IV. Психопатологические					
1.Влечение к ПАВ (психическое и физическое)		+	+++	Осознание и подавление влечения	
2. Постинтоксикационные (астенические) расстройства	-	++	+++		
3.Невротические и неврозоподобные расстройства	-	+	+++		Консультация
4. Аффективные реакции	-	++	+++		Консультация
5.Патохарактерологические расстройства	-	++	+++		Консультация
6.Легкие когнитивные расстройства	-	+	+++		Тренинг памяти, внимания, стратегий обучения